



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório Estágio**

**ENCONTROS EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO**

Beatriz Alexandra Couceiro de Carvalho

**Orientador:**

Prof. Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas

Novembro de 2012

## **Mestrado em Enfermagem Comunitária**

### **Relatório Estágio**

#### **ENCONTROS EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO**

Beatriz Alexandra Couceiro de Carvalho

#### **Orientador:**

Prof. Maria Vitória Glórias Almeida Casas-Novas

## DEDICATÓRIA

*Ao meu filho.....*

*Por todos os momentos em que não pude estar  
presente, mas não deixei de pensar em ti...*

*Por todos os momentos de grande paciência em  
que brincas-te junto a minha secretária enquanto  
eu trabalhava...*

*Por todo o carinho que me dás....*

*Pelo trabalho que tive em reescrever de novo cada  
vez que me apagavas o computador...*

*A ti....*

*“Os dias prósperos não vêm por acaso.*

*Nascem de muita fadiga e  
muitos intervalos de desalento.”*

Camilo Castelo Branco

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à professora Vitória por toda a disponibilidade e paciência demonstrada ao longo destes meses de trabalho.

Um grande obrigado também à equipa da UCC Elvas.com por me terem acolhido tão calorosamente e por me terem dado uma ajuda preciosa...

Ao meu companheiro pela paciência que teve nestes meses em que eu andei se paciência nenhuma...

e por fim aos meus amigos que sempre me incentivaram a continuar...

...a todos um grande obrigado!

## **RESUMO**

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas devido ao aumento da longevidade da população mundial.

Nos anos 90, surge o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, e definido como o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem.

Este projeto tem como objetivo geral capacitar os idosos para a participação social e promoção do bem-estar, e como objetivos específicos promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde, incentivar as interações sociais entre idosos e melhorar o apoio aos idosos por parte dos serviços de saúde.

Foram efetuados encontros para discussão da atividade física no idoso, alimentação saudável, cuidados a ter com a onda de frio e adesão terapêutica. No total foram alvo deste projeto 92 pessoas, das quais 50 idosos.

## **ABSTRACT**

Title: Health Meetings on the Active Aging Promotion

The attention to health issues in aging has grown in recent decades due to increased longevity of the population.

In the 90's, emerge the concept of active aging, adopted by the World Health Organization, and defined as the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance the quality of life as people age.

This project aims to empower the general elderly for social participation and promotion of wellness, and the specific objectives are to promote educational activities and preventive health care, encourage social interaction between seniors and improve support for the elderly by health services.

Were conducted meetings for discussion of the issues of physical activity in elderly, healthy diet, acting on a cold snap and therapeutic adherence. In total, this project targeted 92 people, including 50 seniors.

## **Lista de Acrónimos**

APA – *American Psychological Association*

DGS – Direção Geral de Saúde

IE – Índice de Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISS – Instituto da Segurança Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – *World Health Organization*



## Sumário

1 – INTRODUÇÃO .....	12
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO .....	14
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.....	14
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	15
2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	16
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO .....	18
3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES .....	18
3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO .....	22
3.3 – ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO-ALVO.....	24
3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO .....	31
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS .....	32
4.1 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	32
4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO.....	33
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....	35
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	35
5.2 - METODOLOGIA .....	37
5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS .....	41
5.3.1 – Reforço das parcerias com as estruturas da comunidade, nomeadamente com as Juntas de Freguesia e Centros Comunitários.....	41
5.3.2 – Estratégia de “dar poder” e visibilidade ao grupo, na escolha dos temas abordados (participação ativa) .....	43
5.3.3 – Rentabilizar os recursos próprios da UCC Elvas.com.....	43
5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS .....	44
5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	45
5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	46
5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA .....	46
6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....	48
6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	48

6.1.1 – Avaliação do objetivo “Promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde” .....	48
6.1.2 – Avaliação do objetivo “Incentivar as interações sociais entre idosos” .....	61
6.1.3 – Avaliação do objetivo “Melhorar o apoio aos idosos por parte dos serviços de saúde” .....	65
6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	68
6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS .....	70
7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....	72
8 – CONCLUSÃO .....	74
9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	76

## ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA UTILIZADO NA PESQUISA DE CONSENSO.....	ii
ANEXO II – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS EFETUADAS NA PESQUISA DE CONSENSO.....	iv
ANEXO III – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES .....	ix
ANEXO IV – CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES .....	xxvi
ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES.....	xxviii

## Índice de Ilustrações

<b>Tabela 1</b> - Recursos Humanos da UCC Elvas.com.....	15
<b>Figura 1</b> - Mapa do Concelho de Elvas.....	18
<b>Gráfico 1</b> - Distribuição Populacional por Freguesias no Concelho de Elvas.....	19
<b>Gráfico 2</b> - Comparação entre o Índice de Envelhecimento nacional e o do Concelho de Elvas.....	20
<b>Gráfico 3</b> - Participantes na Atividade “Atividade Física no Idoso”, por Faixa Etária..	50
<b>Gráfico 4</b> - Participantes na Atividade “Atividade Física no Idoso”, por Género.....	50
<b>Gráfico 5</b> - Resultado do Questionário de Avaliação da Ação "Atividade Física no Idoso".....	51
<b>Gráfico 6</b> - Participantes na Atividade “Alimentação Saudável”, por Faixa Etária.....	53
<b>Gráfico 7</b> - Participantes na Atividade “Alimentação Saudável”, por Género.....	54
<b>Gráfico 8</b> - Resultado do Questionário de Avaliação da Ação "Alimentação Saudável".....	55
<b>Gráfico 9</b> - Participantes na Atividade “Onda de Frio”, por Faixa Etária.....	57
<b>Gráfico 10</b> - Participantes na Atividade “Onda de Frio”, por Género.....	57
<b>Gráfico 11</b> - Participantes na Atividade “Caminhada”, por Faixa Etária.....	62
<b>Gráfico 12</b> - Participantes na Atividade “Caminhada”, por Género.....	63
<b>Gráfico 13</b> - Participantes na Atividade “Caminhada”, com 65 anos ou mais, por Faixa Etária.....	63
<b>Gráfico 14</b> - Participantes na Atividade "Caminhada", com 65 anos ou mais, por Género.....	64
<b>Gráfico 15</b> - Participantes na Atividade “Adesão Terapêutica”, por Faixa Etária.....	66
<b>Gráfico 16</b> - Participantes na Atividade “Adesão Terapêutica”, por Género.....	66

## 1 – INTRODUÇÃO

O presente documento reflete o trabalho desenvolvido, sob a forma de relatório, conducente à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Este projeto será direcionado para a fase do ciclo de vida do envelhecimento, e para as questões relacionadas com a acessibilidade aos cuidados de saúde e promoção da saúde no idoso. Será aplicado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade de Évora, e em contexto pratico na UCC Elvas.com e sob a orientação da Professora Maria Vitória Casas Novas.

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas devido ao aumento da longevidade da população mundial. Assim, a busca pela qualidade de vida dos idosos emerge como desafio por ser o horizonte a partir do qual se poderá considerar os ganhos na expectativa de vida como uma conquista humana e social.

Uma análise dos valores de Índice de Envelhecimento (I.E.), ou seja, a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012), mostra-nos que Portugal está-se a tornar um país “velho”, com o número de idosos a superar o número de jovens. Este valor subiu consideravelmente nos últimos anos, o que torna a problemática do envelhecimento uma área prioritária de atuação e com novas necessidades crescentes.

O envelhecimento humano é “*um processo universal, progressivo e gradual*” (Assis, 2005:1) sendo uma experiência diversificada entre os indivíduos, para a qual concorre uma multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural.

Nos anos 90, surge em discussão o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, e definido como “*o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem*” (WHO, 2002). É assim reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (económicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio

ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde). As políticas em relação ao envelhecimento devem articular ações intersectoriais voltadas a esses determinantes.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida, sendo a promoção da saúde destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento (OMS, 2005).

O propósito de assumir maior controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes, que define o processo de capacitação, constitui-se como objeto de promoção da saúde e consequentemente como estratégia para a obtenção de ganhos em saúde no contexto da população idosa (DGS, 2006).

O isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo uma grande parte de pessoas idosas condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida e maior acessibilidade aos cuidados de saúde. É necessário tornar os cuidados de saúde “de inclusão”, abrangendo também as pessoas que, por diversos fatores externos e/ou internos, não recorrem aos cuidados de saúde (OE, 2011).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo um conceito que agrega múltiplas dimensões, é em si mesmo um determinante da saúde das populações, fator fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades, pelo que se constitui como um dos objetivos dos sistemas de saúde (OE, 2008; OE, 2011).

Como tal, há que desenvolver projetos e parcerias que visem uma maior acessibilidade aos cuidados em populações consideradas vulneráveis, como é o caso dos idosos.

Este projeto tem como **objetivo geral** capacitar os idosos para a participação social e promoção do bem-estar, e como **objetivos específicos** promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde, incentivar as interações sociais entre idosos e melhorar o apoio aos idosos por parte dos serviços de saúde.

Este relatório apresenta-se como descrição e reflexão crítica de todo o processo de planeamento, implementação e avaliação deste projeto, e encontra-se elaborado segundo as normas da APA.

## 2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

### 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O estágio final foi realizado na UCC Elvas.com, localizada nas instalações do Centro de Saúde de Elvas.

Da nova arquitetura organizacional dos Cuidados de Saúde Primários surge a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro) que pretendem prestar cuidados a grupos com necessidades específicas e intervir seletivamente na comunidade, formadas por equipas multidisciplinares com autonomia organizativa e técnica.

Esta unidade desenvolve planos de ação na comunidade do concelho de Elvas, com uma metodologia de trabalho em equipa multidisciplinar, potenciando as competências de cada grupo, promovendo uma resposta integrada e diferenciada de modo a responder às necessidades de cuidados de saúde na comunidade.

Dos programas desenvolvidos na UCC destacam-se a Saúde Escolar, o Programa de apoio aos adolescentes, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI Elvas), a Intervenção precoce Integrada (Equipa de Intervenção Direta de Elvas), participação na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Rede Social, Parceria com o Núcleo Local de Inserção e o programa de Promoção da Saúde na Comunidade (que engloba a Promoção da Saúde em datas assinaláveis, a Promoção da Saúde/Educação para a Saúde a grupos específicos na Comunidade, a Promoção da saúde no Estabelecimento Prisional de Elvas, etc.)

À data de início do estágio não existia nenhum projeto de apoio à população idosa formalmente constituído, sendo o apoio a esta população prestado ao abrigo dos outros projetos desenvolvidos.

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A UCC Elvas.com é constituída por uma equipa de sete enfermeiros, dois médicos, uma assistente social, uma dietista, um higienista oral, uma psicóloga e uma assistente operacional, distribuídos em termos de horas da seguinte forma:

**Tabela 1 – Recursos Humanos da UCC Elvas.com**

<b>Profissional</b>	<b>Horas semanais</b>	<b>Total de horas semanais por categoria profissional</b>
<b>Enfermeiro</b>	35	245
<b>Médico</b>	4	8
<b>Assistente Social</b>	4	4
<b>Dietista</b>	4	4
<b>Higienista Oral</b>	4	4
<b>Assistente Operacional</b>	35	35
<b>Psicóloga</b>	4	4

As instalações são localizadas nas instalações do Centro de Saúde de Elvas, onde funcionam também a USF Amoreira e a USF Uadiana. A UCC dispõe de dois gabinetes e de uma sala de reuniões.

Ao dispor da UCC está também um automóvel, conduzido pelos profissionais da UCC, para as deslocações inerentes à prestação de cuidados.

### 2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As competências a desenvolver pelos enfermeiros organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida em Enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade prestar aos cidadãos (OE, 2009).

Assume-se aqui o conceito de competência, defendido pela Ordem dos Enfermeiros como referente a *"um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar"* (OE, 2003:16).

Ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências podem ser divididas em competências comuns a todas as especialidades e competências específicas de cada uma destas.

Procura-se assim, aprofundar os conhecimentos em Enfermagem em áreas onde as pessoas necessitam de cuidados diferenciados, quer pela singularidade quer pelo confronto com a complexidade das respostas humanas, quer ainda pelo grupo familiar e comunitário que integram.

Como parte do processo de aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, este projeto permite o desenvolvimento de competências ao nível do planeamento em saúde (alínea a) do nº 1 do artigo 4º das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública), através da realização das seguintes atividades:

- Diagnóstico de saúde da população, com a identificação das necessidades de saúde através da mobilização de conhecimentos acerca dos dados disponíveis acerca da população e da realização de pesquisa de dados da realidade observada/sentida, utilizando métodos de recolha e análise de dados baseados na metodologia científica;
- Estabelecimento de prioridades em termos de saúde da população;
- Formulação de objetivos mensuráveis e exequíveis de acordo com as necessidades e as prioridades identificadas, incluídos neste projeto de intervenção;
- Planeamento de atividades, multidisciplinares, que permitam uma adequada assistência à população-alvo;



- Avaliação e monitorização dos resultados obtidos, com vista à divulgação e ao melhoramento e ajustamento do projeto se necessário.

Permite ainda desenvolver competências ao nível da capacitação de grupos/comunidades (alínea b) do nº 1 do artigo 4º das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública), através da implementação do projeto em parceria com as diferentes instituições e recursos da comunidade e mobilizando estratégias de educação para a saúde no processo de capacitação da população.

### 3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO

#### 3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Este projeto tem como **população alvo** todos os idosos que mostrarem disponibilidade para nele participar, nas freguesias rurais de S. Vicente e Ventosa e Sta. Eulália.

Entenda-se por **idoso** a pessoa com 65 anos ou mais, sendo esta a idade cronológica a partir da qual se define a pessoa idosa, de acordo com Imaginário (2004), referindo-se a dados da OMS e da ONU.

Segue-se uma breve descrição do concelho de Elvas no geral, como enquadramento do contexto, e das freguesias alvo de intervenção.

Elvas é um concelho localizado no sul do distrito de Portalegre, limitado pelo distrito de Évora e Espanha.

O concelho de Elvas abrange uma área de 631,2 Km<sup>2</sup>, com um perímetro de 148 Km (INE, 2008).

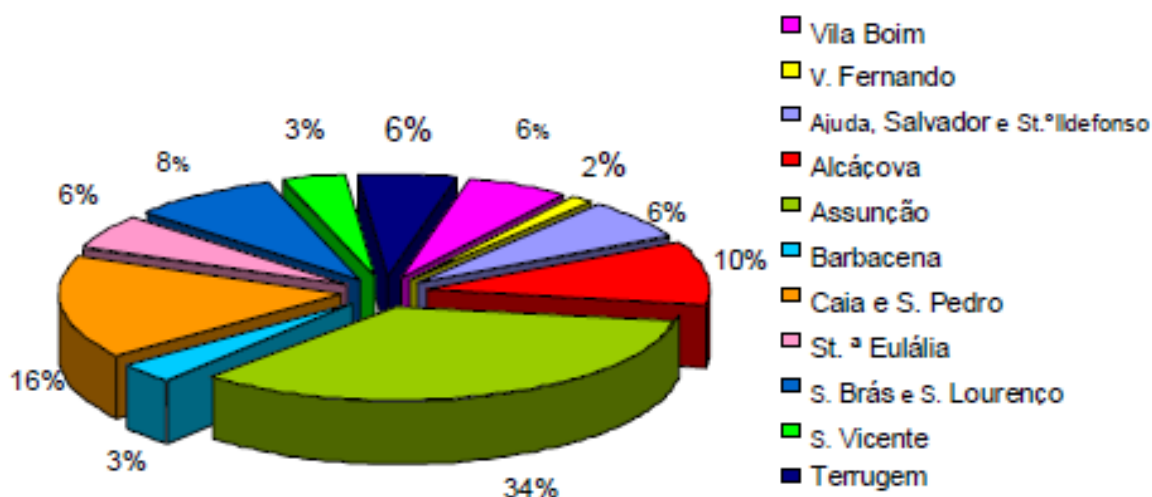
O concelho é constituído por 11 freguesias, das quais quatro integram o perímetro

urbano (Ajuda, Salvador e Santo Ildefonso, Alcáçova, Assunção e Caia e S. Pedro) e as restantes sete são rurais (Barbacena, Santa Eulália, S. Brás e S. Lourenço, S. Vicente, Terrugem, Vila Boim e Vila Fernando). São Vicente trata-se da freguesia do concelho cuja superfície é maior, estendendo-se por 101,05 km<sup>2</sup> (15,8% do total do concelho), seguida de Santa Eulália (15%) e a que detém uma área menor é a freguesia urbana de Assunção (1,3%).



Figura 1 - Mapa do Concelho de Elvas

A maior parte da população residente no concelho encontra-se distribuída pelas freguesias integradas na sede de concelho, sendo a freguesia Assunção a mais populosa e menor em termos de área, revelando uma maior densidade populacional.



**Gráfico 1 – Distribuição Populacional por Freguesias no Concelho de Elvas.**

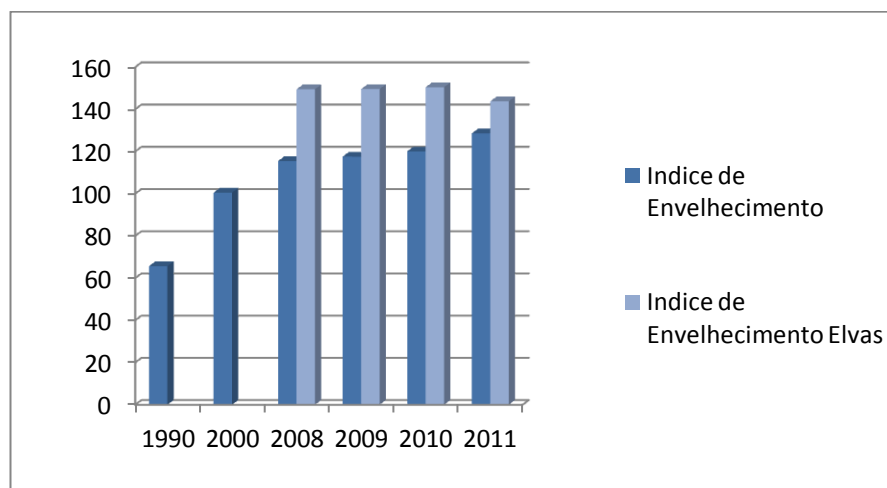
O povoamento no concelho, nos últimos anos, tem acompanhado o sentido negativo da variação da densidade populacional, contudo o Alto Alentejo (-8,8%) apresenta ainda valores mais negativos do que o município de Elvas (-6,7%).

Ainda segundo dados do INE, a distribuição da população residente do concelho de Elvas, de acordo com a pirâmide etária, apresenta uma base reduzida o que demonstra o decréscimo dos nascimentos e consequente aumento do envelhecimento da população, o que vai ao encontro do cenário nacional. Este envelhecimento da população encontra-se relacionado não apenas com a diminuição do número de nascimentos, mas também com os movimentos migratórios associados essencialmente à procura de emprego. Nos Censos de 2001 há registo de uma diminuição da população residente no concelho de Elvas (variação de -4,55% entre 1991 e 2001). Em 2008 o INE estimava uma população residente de 22 118 indivíduos e em 2009 de 21 978.

O índice de envelhecimento<sup>1</sup> no concelho de Elvas é mais um indicador que sugere e

<sup>1</sup> Índice de Envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

evidencia o envelhecimento da população residente no concelho, apesar da ligeira diminuição no ano de 2011.



**Gráfico 2 – Comparação entre o Índice de Envelhecimento nacional e o do Concelho de Elvas.**

Note-se que o índice de envelhecimento a nível nacional em 2008 era de 115, 5 e em 2011 de 128,6, o que demonstra um envelhecimento do país. O Alentejo, segundo dados do INE, é a região com índice de envelhecimento mais elevado a nível nacional, e regista um valor de 143,8 em 2011 no concelho de Elvas. Este envelhecimento demográfico, segundo as projeções da mesma fonte, vai aumentar, tornando a área do **envelhecimento uma área com necessidades acrescidas de intervenção**.

Quanto ao índice de dependência de idosos<sup>2</sup>, o valor de 2011 para o Concelho de Elvas era de 35,8, superior ao valor nacional de 29.

Em termos de escolaridade, o concelho de Elvas apresenta uma taxa de analfabetismo de 13,56 %, superior à média nacional de 9,03%, segundo os Censos de 2001.

Existe ainda um grande número de idosos que residem sozinhos, verificável pelos 14,61% relativos à proporção de famílias unipessoais de pessoas com mais de 65 anos de idade no ano de 2001. Ao nível da distribuição pelas freguesias do concelho,

<sup>2</sup> Índice de dependência de Idosos – Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 anos ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

denota-se uma maior proporção de famílias unipessoais de pessoas com mais de 65 anos de idade nas freguesias rurais e uma menor nas freguesias urbanas, o que pode significar um maior isolamento destas mesmas pessoas ao nível das freguesias rurais.

Ao nível da taxa de suicídio, a taxa de suicídio no Alentejo é a mais elevada a nível nacional e significativamente superior no sexo masculino. Esta situação deve-se essencialmente às situações de não adaptação e isolamento após a morte do conjugue.

Quanto a indicadores de natalidade e mortalidade, a taxa bruta de natalidade<sup>3</sup> do Concelho de Elvas em 2008 era de 9,2‰ e em 2010 de 10,8‰. A taxa bruta de mortalidade<sup>4</sup> em 2008 era de 12,9‰ e em 2010 de 12,5‰. Manteve-se um equilíbrio nestes indicadores, havendo no entanto uma supremacia da mortalidade sobre a natalidade no concelho e um valor de mortalidade superior à média nacional (10).

Segundo dados cedidos pelo Centro de Saúde, no mês de Maio de 2011 encontravam-se inscritos 5574 idosos (21,48% dos inscritos).

Verifica-se então que no concelho de Elvas existe um envelhecimento demográfico acentuado, sendo a população idosa um alvo com grande necessidade de intervenção, principalmente nas áreas mais periféricas e rurais, onde se verifica um maior isolamento dos idosos e um défice de acessibilidade aos cuidados de saúde (relacionada com os critérios de vulnerabilidade da população e a disponibilidade de recursos).

Na freguesia de S. vicente e Ventosa, segundo dados de 2011 do INE, residem 219 idosos. Relativamente ao ano de 2001, existiam nesta freguesia 19,46% de famílias unipessoais com 65 anos ou mais. Ainda segundo a mesma fonte, cerca de 80,38% da população residente não possui escolaridade básica obrigatória.

Na freguesia de Sta. Eulália, segundo dados de 2011 do INE, residem 344 idosos. Relativamente ao ano de 2001, existiam nesta freguesia 16,19% de famílias unipessoais com 65 anos ou mais. Ainda segundo a mesma fonte, cerca de 78,72% da população residente não possui escolaridade básica obrigatória.

---

<sup>3</sup> Taxa Bruta de Natalidade – Relação entre o número de crianças nascidas vivas durante um ano e a população total.

<sup>4</sup> Taxa Bruta de Mortalidade – Relação entre o total de óbitos e a população total.

### 3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

Para se conhecer as necessidades específicas da população há que efetuar um diagnóstico das mesmas. Dado que a população-alvo deste projeto é a população idosa de duas freguesias do concelho de Elvas e, como tal, um universo extenso, optei por fazer um diagnóstico baseado no conjunto de indicadores sociodemográficos (ver subcapítulo 3.1) e na pesquisa de consenso com informadores chave. Portanto, esta caracterização das necessidades foi predominantemente impressiva, na conceção de Tavares (1990).

Para a pesquisa de consenso considerei a utilização da **entrevista focalizada semi-estruturada** como o método mais pertinente e adequado para este estudo. Streubert e Carpenter (2002:18) defendem que “*O uso da entrevista não estruturada, da observação e de artefactos ligam o investigador à vida real quando estudam os participantes*”.

A **entrevista** visa, segundo o conceito de entrevista qualitativa de Parahoo (1997), estudar os fenómenos a partir da perspetiva dos sujeitos, conhecendo assim todas as formas possíveis através das quais o sujeito vê ou experiencia o fenómeno em estudo.

Os profissionais de saúde, inclusivamente os enfermeiros, realizam entrevistas com o objetivo de obter informação dos utentes que possa ser usada para a elaboração de diagnósticos e de um plano de cuidados (Parahoo, 1997), e no desenvolvimento do planeamento em saúde (Tavares, 1990).

Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto direto entre os investigadores e os interlocutores, instaurando-se uma verdadeira troca, na qual o entrevistado exprime as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou experiências. Quivy e Campenhoudt (1998) afirmam também que este é um método particularmente adequado na análise do sentido que as pessoas dão aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados.

Para Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1994:144) “*a entrevista pode ser orientada para temas específicos*”. Na linha de Bogdan e Biklen (1994), embora algumas entrevistas qualitativas sejam relativamente abertas, centram-se em determinados tópicos ou podem ser guiadas por questões gerais. Desta forma, o grau de

controle que os investigadores têm nas entrevistas focalizadas deve aproximar-se do de uma conversa normal e não condicionar que a interação se transforme numa sessão de pergunta-resposta. O guião fornece uma lista de tópicos sobre os quais os sujeitos devem falar. Encontra-se em ANEXO I o guião de entrevista utilizado.

Foram efetuadas um total de 6 entrevistas: a duas enfermeiras da equipa da UCC, a um agente da PSP que operacionaliza o projeto Apoio65, a um presidente de uma das juntas de freguesia do concelho, e a dois idosos referenciados pelo projeto Apoio65.

Tendo em conta o método de recolha de dados considerei a **análise de conteúdo** como a forma de tratamento da informação que mais se adequa. Esta forma de tratamento dos dados recolhidos permite essencialmente duas coisas: a sua interpretação e estudo objetivo e sistemático e a obtenção uma visão mais abrangente, profunda e promotora da busca de conhecimento. Pode ser consultada em anexo a análise das entrevistas realizadas (ANEXO II).

De seguida são apresentadas as principais conclusões do diagnóstico efetuado.

Verifica-se que existe a consciência de que existem muitos idosos ao nível do concelho que vivem em situação de vulnerabilidade por isolamento. Esse isolamento pode ser devido à distância geográfica em relação aos recursos da comunidade, escassez de meios de transporte acessíveis autoisolamento em relação aos outros.

Quando questionados em relação à pertinência de um projeto de apoio à população idosa, praticamente todos os entrevistados se mostraram recetivos. A escassez de atividades junto dos idosos e o facto de ser complicado o acesso aos cuidados de saúde disponíveis, quer por desconhecimento, poucos recursos, distância dos serviços de saúde, falta de transporte (mobilidade), etc., fazem com que haja uma recetividade e uma maior aceitação da necessidade da sua existência e da necessidade de articulação entre serviços e estruturas de apoio social.

O facto de existir este tipo de vulnerabilidade, associado ao isolamento, e de haver escassos meios de suporte e apoio a estas pessoas leva a que as consequências sejam visíveis, principalmente a nível do estado de saúde dessa mesma população,

conduzindo por vezes a situações graves e "invisíveis" aos olhos dos serviços de saúde. Este tipo de situações, quando despistadas e encaminhadas precocemente podem ser facilmente evitadas ou resolvidas, daí a importância de ir ao encontro da população e de efetuar atividades junto destes, junto das suas casa e dos seus locais habituais.

Praticamente todos os entrevistados referiram conhecer alguém que vive em situação de isolamento, o que revela uma necessidade de atenção nesta área, pois não existem meios de suporte que garantam que estas pessoas possam ser ajudadas a ter uma qualidade de vida superior.

Embora não constasse diretamente no enunciado do guião, a maioria dos entrevistados sugeriram temas para esclarecimento, que consideram pertinentes e entendem como necessidades específicas. Foram alvo de destaque as intervenções relacionadas com a atividade física, alimentação, e promoção de estilos de vida saudáveis.

Foram ainda identificadas as freguesias de S. Vicente e Ventosa e de Sta. Eulália como as com maior necessidade de intervenção, pela sua localização geográfica (distanciamento do centro), densidade populacional (baixa e com grande numero de idosos) e recursos disponíveis.

Identificaram-se como áreas prioritárias, através da técnica geral da ordenação por comparação de pares:

- Promover a autonomia e participação em termos de saúde da população idosa.
- Maior proximidade/aproximação dos cuidados de saúde à população idosa.
- Criação de estruturas que diminuam o isolamento dos idosos.

### 3.3 – ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO-ALVO

Foi elaborada uma pesquisa nas bases de dados B-on, EBSCO e SciELO e Google Académico, com os descritores “idoso”, “promoção da saúde”, “programa” e “envelhecimento ativo”.

Dos títulos consultados ressalta-se que a maioria dos estudos foca essencialmente uma temática, como por exemplo o controle de doenças crónicas



comuns, fatores de risco, quedas, alimentação, e atividade física. Existe uma predominância dos estudos associados à atividade física na promoção da saúde dos idosos.

Vários são os estudos encontrados na literatura referentes a projetos na área da promoção da saúde do idoso e do envelhecimento ativo.

De seguida abordarei os que considere mais pertinentes na fundamentação deste projeto.

O projeto AGE WELL, de Watkins (1993), teve como objetivos ampliar o conhecimento básico em saúde dos idosos e ajudar as pessoas a modificar comportamentos não saudáveis. O desenho deste projeto incluiu a realização de sessões de exercício físico, educação para a saúde sobre fatores de risco e outros tópicos em saúde, numa base semanal, além de um grupo de suporte para controlo do stress. Concluiu que as pessoas com mais problemas de isolamento social, pobre tolerância ao exercício físico e outros problemas de saúde associados eram as pessoas que menos aderem a estes projetos, no entanto são as que mais necessitam. Esta conclusão sugere a necessidade de uma maior criatividade nas estratégias de recrutamento.

Ruffing-Rahal (1994), com o objetivo de incrementar praticas de saúde, bem-estar espiritual, psicológico e integração social, criou um grupo de Promoção do Bem estar com Mulheres na Comunidade, organizando 26 sessões, de caracter semanal, com uma metodologia dinâmica, informativa, participativa e demonstrativa, com um grupo d cerca de 15 pessoas. Concluiu que o programa teve algum efeito positivo a curto prazo, com dificuldade nas mudanças comportamentais.

Brice (1996), com o objetivo de interferir positivamente em crenças e comportamentos em saúde, desenvolveu o STAYWELL Program. Desenvolveu 8 sessões, de caracter semanal e com cerca de 2,5 horas para um grupo de 20 a 25 idosos. A metodologia foi expositiva, com a realização de exercícios e técnicas de relaxamento e lanches. A avaliação consistiu na aplicação de instrumentos de avaliação de crenças e comportamentos de saúde antes e nove meses após a implementação do programa. Revelou a existência de um impacto mais positivo no sistema de crenças do que ao nível das mudanças comportamentais, mas no geral um forte efeito positivo na saúde dos participantes.

Fox (1997), com o objetivo de aumentar a adesão dos idosos a ações preventivas, desenvolveu um Programa de Cuidados de Saúde Preventiva para o

Envelhecimento, desenvolvendo atividades de colheita e avaliação de dados (historial do idoso) para a identificação de riscos de saúde e posterior aconselhamento e encaminhamento. Das conclusões retiradas pelo autor ressalta a dificuldade encontrada nas mudanças comportamentais dos idosos, principalmente as que envolviam também a componente socioeconómica.

Kocken (1998), com o objetivo de empoderar adultos idosos para participar socialmente e promover o seu bem-estar, desenvolveu o Curso de Envelhecimento Bem-Sucedido. Este projeto foi direcionado para um grupo de cerca de 20 pessoas, coordenadas por educadores em saúde, idosos, para promover a adesão e a credibilidade da informação. Na primeira sessão discutiam-se os determinantes do envelhecimento bem sucedido e posteriormente o grupo decide quais os temas a abordar, tentando sempre abordar os temas do ponto de vista da promoção de estilos de vida saudáveis. Na avaliação deste projeto o autor conclui que os efeitos foram visíveis em algumas áreas, mas pequenos, com pouca diferença em relação à percepção da influência sobre o suporte social e saúde subjetiva.

Almeida (1998) criou o Grupo Vida, com base no modelo das necessidades de Virginia Henderson, com o objetivo de desenvolver a autoestima e reforçar a dignidade do idoso, reativar as suas capacidades e fortalecer o convívio saudável. Foi constituído um grupo semanal de cerca de 20 pessoas, com um total de 50 pessoas inscritas. A metodologia foi participativa, com a mobilização de dinâmicas vivenciais, na abordagem de temas relacionados com a saúde.

Rodrigues (1999) desenvolveu um projeto em que realizou um ciclo de palestras para o público acima dos 44 anos, abrangendo um total de 976 participantes, onde num primeiro encontro se discutiram os temas a abordar posteriormente. Esses temas foram depois divididos em módulos. A avaliação foi feita através de um questionário aberto, autoaplicado, no final de cada modulo e respetiva análise de conteúdo. Todos os participantes consideraram o programa importante na promoção da saúde, e como uma oportunidade de ampliação de conhecimentos e de interação social. Cerca de 80% referiram intenção de mudança.

Teixeira (2002) desenvolveu o projeto PROVE, com o objetivo de promover a discussão de assuntos relativos à longevidade e á construção positiva da velhice. Este projeto consistiu na realização de encontros para discussão concetual de temas propostos pelos idosos e mensalmente de uma palestra baseada num documento oficial de saúde do idoso brasileiro. A avaliação foi feita com base em entrevistas, e concluiu

que os idosos passaram mais a preocupar-se com o cuidado em saúde e a ter um maior sentimento de controlo sobre a sua vida e a sua saúde, ficando o grupo como um suporte social para esses idosos.

Assis (2005), nos seus estudos relativamente à educação para a saúde em idosos, identifica como princípios teórico-metodológicos a conceção de saúde como qualidade de vida, a valorização da cultura popular e de sua interação com o saber teórico, o estímulo ao diálogo e a processos reflexivos, a priorização de metodologias participativas, a humanização, a afetividade, entre os mais eficazes em programas dirigidos aos idosos. Os pilares fundamentais para o sucesso da educação para a saúde em idosos são a adequação do tempo e recursos pedagógicos às características dos idosos e a criação de espaços propícios à participação.

Esta autora fez ainda uma revisão bibliográfica dos programas de promoção de saúde do idoso (no período de 1990 a 2002), referindo-se a estes como uma demanda face às necessidades crescentes do envelhecimento demográfico, pressupondo uma abordagem crítica da prevenção e da educação para a saúde, defendida desde a década de 1980 (Assis e tal, 2004).

Nesta revisão a autora salienta que a maioria dos projetos aborda apenas uma temática, como o controlo de determinadas patologias, fatores de risco e estilos de vida saudáveis, com grande ênfase na atividade física. Como já referi anteriormente, constatei o mesmo na pesquisa que efetuei para o trabalho.

Quanto ao formato dos programas, cerca de metade baseia-se no trabalho com grupos. Nomeadamente grupos até 20 pessoas no máximo, em grupos abertos ou fechados, com periodicidade definida (semanal ou quinzenalmente), com um total de sessões entre os 4 e os 16.

Refere ainda que a tendência dos programas internacionais é a de combinar a transmissão de informações com o aconselhamento e avaliação individual.

Pinto (2008), desenvolveu um projeto direcionado para a atividade física no idoso, com vista à promoção da atividade física adequada ao idoso. Realizou sessões de exercícios para idosos em grupos de cerca de 16 pessoas com idade média de 78 anos, com resultados bastante positivos, principalmente no que respeita à manutenção da capacidade funcional e normalização dos valores de tensão arterial, pulso, peso, glicémia e níveis de dor.

Para desenvolver um projeto adequado para esta fase de vida, há que compreender o que é o processo de envelhecimento. A vida representa um crescimento e transformações contínuas às quais todos os seres vivos estão submetidos. No Homem o ciclo de vida é constituído pelo crescimento, maturidade e envelhecimento, fases estas que são influenciadas por fatores internos e externos (biológicos, psicológicos, socioeconómicos e culturais), interrelacionados (Palma, 1999).

Envelhecer é o processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente. Deste processo, o envelhecimento resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte. Trata-se de um processo comum a todos os seres vivos e que evoca um desenvolvimento contínuo, embora mais marcado nas últimas fases de vida, culminando com a morte (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 2002).

O envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos, nomeadamente disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética, é um processo multifactorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). O envelhecimento não é uma doença, mas pode levar a uma quantidade de afecções porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. O equilíbrio homeostático desregula-se e os problemas aparecem principalmente em momentos de *stress* fisiológico porque o organismo já não tem as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 2002).

O sinal mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente e que esta diminuição acentua-se com a idade e com o surgir de doenças crónicas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 2002; Imaginário, 2004). A par com esta diminuição das capacidades da pessoa idosa podem surgir situações de dependência (Costa, 2002; Imaginário, 2004).

Apesar do envelhecimento ser comum a todos os homens, cada homem é único, e reúne características individuais que fazem com que o envelhecimento seja diferente de pessoa para pessoa (Brito, 2002; Imaginário, 2004; Nunes, 2005; Paúl, 1997). Ao falar-se de pessoas idosas, deve falar-se na idade cronológica, biológica e a percecionada pela própria pessoa e pelos outros (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 2002).

A idade cronológica não traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano e apenas a idade biológica também limitativa pois a noção de autonomia e o estado de saúde são fatores a ter em conta, uma vez que afetam os indivíduos de formas diferentes (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Costa, 2002).

Embora os conceitos de envelhecimento e de pessoa idosa continuem em permanente evolução, a sua definição inclui sempre uma ligação com o tempo (Costa, 2002). De acordo com Imaginário (2004), referindo-se a dados da OMS e da ONU, **pessoa idosa** é aquela com 65 anos ou mais, sendo esta a idade cronológica a partir da qual se define a pessoa idosa.

Para Costa (2002), o envelhecimento significa uma maior esperança média de vida, ou seja, maior longevidade dos indivíduos, o que, do ponto de vista demográfico, se traduz por um aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população total.

Nos anos 90, surge em discussão o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, e definido como “*o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem*” (WHO, 2002). É assim reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo (económicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços sociais e de saúde).

As políticas em relação ao envelhecimento devem articular ações intersectoriais voltadas a esses determinantes.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice, identificada como boa qualidade de vida física, mental e social, é o horizonte desejável para se preservar o potencial de realização e desenvolvimento nesta fase da vida, sendo a promoção da saúde destacada no eixo das políticas contemporâneas na área do envelhecimento.

O propósito de assumir maior controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes, que define o processo de capacitação, constitui-se como objeto de promoção da saúde e consequentemente como estratégia para a obtenção de ganhos em saúde no contexto da população idosa.

Como já se referiu, envelhecer não é sinónimo de doença, no entanto há uma degeneração de algumas funções, sendo o envelhecimento uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças (Imaginário, 2004). Numa perspetiva mais

global, Brito (2002) referindo-se a dados da OMS, aponta no sentido de que cerca de 70% dos idosos se encontrarão em situação de total auto – suficiência do ponto de vista físico, psicológico e social, requerendo apenas intervenções do tipo preventivo, tendo em vista a manutenção a sua autonomia e qualidade de vida.

Segundo Fernandes (2001), as pessoas idosas, enquanto estereótipo, enquadram uma categoria de indivíduos com propriedades normalmente identificadas com o isolamento, solidão, doença, pobreza e mesmo exclusão social.

O isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo uma grande parte de pessoas idosas condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida e maior acessibilidade aos cuidados de saúde. É necessário tornar os cuidados de saúde “de inclusão”, abrangendo também as pessoas que, por diversos fatores externos e/ou internos, não recorrem aos cuidados de saúde (OE, 2001).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo um conceito que agrega múltiplas dimensões, é em si mesmo um determinante da saúde das populações, fator fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades, pelo que se constitui como um dos objetivos dos sistemas de saúde (OE, 2008; OE, 2011).

Surge assim a necessidade de se criarem projetos para o acesso ao conhecimento e para prevenir efeitos de exclusão, repensando a educação, pela consciência de que os idosos têm características singulares como grupo (Unicovsky, 2004), e formas de identificar e entender os determinantes e condicionantes das desigualdades, construindo meios para superá-los de modo a promover a integração dos idosos com toda a sociedade (Melo et al, 2009).

Como refere Melo et al (2009:1584), as ações na comunidade podem ser desenvolvidas como *“estratégias eficientes para a melhoria da qualidade de vida da população, quando se fundamentam na intersectorialidade, na transdisciplinaridade e no desenvolvimento de autonomia dos sujeitos, já que permitem não somente a discussão dos problemas que afetam a comunidade, como também possibilitam a construção coletiva de estratégias de intervenção”*

### 3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Dado que a população-alvo é representada por um grande número de pessoas, dispersas geograficamente, o recrutamento foi feito através da divulgação das ações planeadas ao nível das instituições comunitárias e através de correio. A divulgação foi feita em conjunto com as Juntas de Freguesia, para que a informação seja mais acessível à população, através de cartazes alusivos e transmissão oral (pares).

Para que a participação de todos os elementos da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde se torne uma realidade, é necessário que o acesso à educação e à informação seja uma realidade permanente e comunitária, como forma de promover o processo de aprendizagem e de responsabilização das pessoas na tomada de decisões saudáveis (Andrade, 2009).

É incentivada a participação através da técnica de “dar poder” aos idosos para que decidam o rumo das intervenções, sendo este a sugerir os temas das atividades.

#### 4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

##### 4.1 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O **objetivo geral** deste projeto é capacitar os idosos para a participação social e promoção do bem-estar. Este objetivo vai ao encontro de um grande objetivo profissional: a obtenção de ganhos em saúde para a população.

O trabalho na comunidade é *“uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade”* (Correia, 2001). Como tal, surge como um enorme desafio, principalmente para quem desenvolveu a sua prática profissional em contexto hospitalar.

O enfermeiro, na sua prática na comunidade, assume o compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dado destaque para as atividades de educação em saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade (OE, 2001).

Para tal, surge a necessidade de se desenvolverem estratégias que facilitem esse processo, tal como as parcerias, e *“as respostas passam por derrubar fronteiras entre os diferentes sectores intervenientes no desenvolvimento social e na promoção da saúde e incrementar a cooperação.”* (OE, 2011). Como se refere no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, os cuidados de enfermagem na comunidade requerem *“(...) uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais (...) privilegiando o efectivo trabalho em equipa e em parceria.”* (OE, 2011).

Assume-se aqui o papel preponderante do enfermeiro de enfermagem comunitária na elaboração de projetos de saúde direcionados par o aumento do bem-estar e saúde da população, nas diferentes fases do ciclo de vida. E estes projetos não fazem sentido se não houver um consequente aumento do potencial de saúde da



população, mesmo que estes sejam de difícil avaliação e com *outcomes* não imediatos e mais visíveis a longo prazo.

#### 4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

Este projeto tem como **objetivos específicos** promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde, incentivar as interações sociais entre idosos e melhorar o apoio por parte dos serviços de saúde.

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crónicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Outro facto importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não deve ter como prioridade o controlo de doenças crónicas. Saúde é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002), daí a importância de existir uma articulação e uma boa comunicação entre os diferentes serviços disponíveis numa comunidade.

O idoso é ainda vulnerável à exclusão social, por ser reformado, sem relação com o trabalho, pela dificuldade de comunicação com as gerações mais jovens, pelo isolamento em relação à família, pela perda de autonomia física e funcional e ainda pelas dificuldades da adaptação às novas tecnologias (Silva, 2001) e às mudanças constantes que ocorrem ao nível dos serviços de saúde e da oferta de cuidados disponível.

É, assim, possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudes que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002) e aumentar o potencial de saúde de uma população e o número de anos de vida com qualidade. Mas para que este ambiente exista é necessária a cooperação das diferentes instituições de apoio (rede social).

No entanto é um trabalho que exige muita disponibilidade, força de vontade e criatividade pois é complicado quebrar o paradigma do profissional distante e fechado

na instituição que por vezes surge como sendo a atitude mais conveniente, embora menos eficaz. Para além do mais é necessário envolver a comunidade e os diferentes profissionais, o que pode levantar obstáculos e/ou constrangimentos ao nível da colaboração entre os mesmos.

## 5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

### 5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Para atingir o primeiro objetivo específico, de **promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde**, programei as seguintes atividades:

- Encontros quinzenais, em regime aberto, entre idosos para debate de temáticas previamente estabelecidas entre os idosos e os profissionais, iniciando com o tema “Atividade física” e averiguando com os participantes, no final dos encontros, quais os temas a abordar nas ações seguintes (identificação de prioridades de acordo com as preferências dos participantes);

- Educação para a saúde, com componente expositiva e participativa.

Escolhi o regime aberto numa tentativa de chegar mais perto da população, pois, ao ser aberto, os participantes serão voluntários e com desejo de participar, dando sentido às atividades no seu dia-a-dia.

Como refere Assis (2005), a partir da criação de encontros, de espaços que vinculem as pessoas e valorizem a sua experiência de vida e saberes, procura-se garantir o direito à informação e escolhas informadas e ao debate e discussão de temas relacionados com saúde e cidadania. Estes eixos são “*estratégicos na capacitação e na promoção da autonomia dos idosos (...) na luta pela dignidade do envelhecer*” (Assis, 2005:8).

A escolha do primeiro tema como sendo a atividade física deve-se ao facto de ter sido nomeado mais vezes como alvo prioritário de intervenção durante o diagnóstico da situação e uma das atividades dos estilos de vida saudáveis mais encontrada ao nível da revisão bibliográfica.

A realização destas atividades dependente da disponibilidade por parte dos diferentes intervenientes e sujeita a agendamento, prevendo-se ser quinzenal. Esta previsão prende-se com o ajustamento das atividades do projeto com as atividades habituais das Juntas de Freguesia. Pareceu ser o espaço de tempo mais adequado para se

manter alguma da adesão ao projeto, e é também evidenciada em estudos de Monica de Assis (2004 e 2005).

Para atingir o segundo objetivo específico, de **incentivar as interações sociais entre idosos**, programei as seguintes atividades:

- Caminhada com percurso pelos lugares das freguesias;
- Espaço para conversa e troca de experiências em dias comemorativos.

A caminhada é defendida pela OMS como uma atividade privilegiada e de fácil execução e adaptação. É um das melhores atividades para todas as idades e em especial para a população idosa pela facilidade de execução e pelos benefícios preventivos e de manutenção do estado de saúde. Para além disso, é um ótimo hábito de vida saudável, pois traz benefícios não só a nível físico mas também a nível psicológico e social. Além disso é uma atividade própria para todas as idades e que não implica a utilização de nenhum equipamento especial (Ribeiro et Paúl, 2011).

Os dias comemorativos podem servir de mote para a discussão em grupo, direcionando o debate para os determinantes do envelhecimento ativo (segundo a OMS (2005), participação, saúde e segurança). É uma forma de participação, de fazer parte de um dia partilhado por muitos e com reflexo social.

A realização de troca de experiências enquadra-se no cronograma quinzenal dos encontros nas freguesias. A Caminhada depende ainda das condições climáticas.

Para atingir o terceiro objetivo específico, de **melhorar o apoio aos idosos por parte dos serviços de saúde**, programei as seguintes atividades:

- Divulgação dos recursos da comunidade;
- Encaminhar e estimular a participação nas atividades disponíveis;
- Ação de educação para a saúde sobre adesão ao regime terapêutico.

Não haverá participação ativa se as atividades e os recursos disponíveis não forem divulgados, daí a importância de colocar esta atividade aqui no projeto.

A atenção para as questões de saúde no envelhecimento tem crescido nas últimas décadas, devido ao aumento da longevidade da população mundial. Assim, a busca pela qualidade de vida dos idosos emerge como desafio numa sociedade em que a prevalência das doenças crónicas está a aumentar, e que a manutenção da qualidade de

vida associada a essas mesmas doenças depende da gestão do regime terapêutico, nomeadamente dos estilos de vida saudáveis e da terapêutica medicamentosa.

Daí advém a importância de se debater e trabalhar este tema em grupo, na procura do bem-estar e da qualidade de vida nesta fase do ciclo de vida.

## 5.2 - METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste projeto assenta na capacitação da comunidade idosa para a promoção do seu bem-estar.

O conceito de capacitação é um conceito relativamente recente, que começou por ser utilizado não no âmbito da saúde mas sim no âmbito das ciências da administração e da gestão (Hagquist & Starring, 1997). Como tal o seu desenvolvimento ao longo dos anos sofreu diversas abordagens conforme o âmbito da sua aplicação, mantendo assim os seus contributos.

Assim, é um conceito complexo com várias dimensões e aspetos em si mesmo (Carvalho, 2004; Hagquist & Starring, 1997).

Mas na sua essência, capacitar é dar meios para que as pessoas usufruam a sua autonomia, iniciativa e capacidade de decisão informada (Carvalho, 2004; Sousa, 2009).

Na área da saúde ganhou visibilidade principalmente através da OMS, nas suas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, e das Cartas daí resultantes.

A partir da conferência de Alma-Ata, e respetiva Carta, preconizam-se Cuidados de Saúde Primários que incluam entre outros, a educação da população para as medidas de prevenção e controle dos problemas prevalentes de saúde, tendo como objetivo o aumento dos níveis de saúde e da autonomia dos cidadãos na resolução dos seus problemas de saúde (OMS, 1978). Mais tarde e na mesma linha a Carta de Ottawa defende que a saúde deve orientar-se sobretudo para a promoção da saúde entendida como o processo que permite às populações exercerem um maior controlo sobre a sua saúde e melhorá-la (OMS, 1986).

A promoção da saúde é definida pela primeira vez, como um processo participado pelo indivíduo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do

desenvolvimento das suas capacidades de agir com e sobre o meio, recorrendo para isso à educação dos indivíduos. É ainda notória a importância atribuída à participação das comunidades (e não apenas dos profissionais de saúde).

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde identificou, entre outras estratégias, a capacitação das comunidades e indivíduos a ganharem maior controlo sobre a sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão, como forma de aumentar os ganhos em saúde (OMS, 1991).

No entanto para que a participação de todos os elementos da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde seja uma realidade, é necessário que o acesso à educação e à informação seja uma realidade permanente e comunitária, como forma de promover o processo de aprendizagem e de responsabilização das pessoas na tomada de decisões saudáveis (Andrade, 2009).

A VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Bangkok, na Tailândia, em 2005. O tema foi a “Promoção da Saúde num Mundo Globalizado”, com a elaboração da Carta de Bangkok, que procurou identificar as acções, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado, através da promoção da saúde.

A Carta de Bangkok defendeu como requisito do desenvolvimento global as políticas e alianças capazes de capacitar as comunidades para a melhoria social, além de reafirmar os valores e estratégias da Carta de Ottawa.

O processo de capacitação em saúde constitui uma das mais importantes metodologias para a promoção da saúde (Tones, 1999), na medida em que permite ao indivíduo capacidade para gerir as suas opções em termos de saúde, ganhando maior controlo, tratando-se de um processo educativo e capacitante que procura dar consciência (individual e social) aos indivíduos e dota-los de competências para a intervenção (Rodrigues *et al*, 2005). Trata-se de “dar poder” ao indivíduo.

Este processo conduz naturalmente à promoção da autonomia do doente e família em relação à gestão do regime terapêutico, farmacológico, alimentar e de hábitos de vida saudáveis (Pereira, 2010).

Dada a situação demográfica atual, em que o número de pessoas idosas tende a superar gradualmente o número de jovens, e tendo em conta que ao envelhecer pode

ocorrer diminuição de algumas das nossas capacidades funcionais e cognitivas, torna-se importante estabelecer formas de atuação neste grupo que garantam uma adequada prestação de cuidados.

Hoje em dia os cuidados de enfermagem beneficiam da utilização da estratégia de capacitação na medida em que não é valorizado só o indivíduo mas também o contexto em que este se insere, tendo por base a parceria no processo de capacitação (Rodrigues, 2009).

A capacitação aumenta as competências da pessoa para agir em seu próprio proveito, através de elementos de controlo, auto-eficácia, competência, confiança e auto-estima (Pereira, 2010). Os enfermeiros poderão ajudá-las a desenvolver e utilizar os recursos que irão promover o controlo e a auto-eficácia.

As estratégias de capacitação podem variar com a idade e com as circunstâncias de vida, o que torna a utilização deste conceito pouco uniforme e difícil de ser avaliado (Almeida, 2009; CSDH, 2008). Como tal surge a necessidade de incluir a participação social e a capacitação comunitária como estratégias fundamentais na elaboração de políticas de saúde que promovam a equidade nos cuidados.

Existe um interesse sobre as percepções leigas dos idosos como informação a ter em conta no processo de diagnóstico e planeamento das intervenções, na medida em que traduzem o tipo de objectivos, focos e modalidades de intervenção mais adequadas.

Este processo de inclusão das expectativas e do conhecimento dos idosos, contribui para a capacitação dos indivíduos/comunidades, e valida as conceptualizações leigas como componente a integrar na construção do conhecimento em promoção da saúde (Almeida, 2009).

Existem estudos que revelam um impacto significativo na saúde e na qualidade de vida dos doentes com a utilização da capacitação como estratégia de ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da auto-gestão da doença, uso dos serviços de saúde e saúde mental (Almeida, 2009).

Segundo Almeida (2009), um ambiente social que incentive a autonomia e o envolvimento nas decisões por parte dos indivíduos promove o bem-estar, facilita a adaptação e reduz o uso inapropriado dos serviços de saúde.

Wallerstein (2006), torna saliente que a capacidade de reflexão e o entendimento crítico sobre os determinantes da saúde será uma das componentes fundamentais do processo de capacitação, no caso específico da saúde.

O propósito de assumir maior controlo sobre a sua saúde e os seus determinantes constitui-se como objeto de promoção da saúde e consequentemente como estratégia para a obtenção de ganhos em saúde no contexto da população idosa. É inclusivamente defendido ao nível do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006) como uma das suas estratégias: promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Assim, num contexto comunitário, o enfermeiro pode atuar ao nível dos grupos sociais com necessidades específicas, como é o caso dos idosos. E tendo em conta o panorama atual, com todas as alterações sociais e económicas que se traduzem em consequências para a saúde das populações, existe uma necessidade urgente na participação por parte dos enfermeiros em iniciativas do âmbito comunitário para dar resposta às ameaças do nosso tempo.

Assim, este modelo promove o desenvolvimento de pessoas idosas com capacidade de reflexão, autónomas e socialmente solidárias permitindo ganhos mais efetivos e duradouros, uma vez que aborda o problema de um ponto de vista holístico.

A metodologia utilizada ao longo das atividades planeadas foi essencialmente de carácter expositivo e de debate, fomentando a discussão e a participação dos intervenientes na análise dos temas abordados.

A metodologia utilizada ao longo dos encontros foi do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.

Foi apresentado o suporte visual em \*.ppt , ao mesmo tempo que se incentivou a partilha de informações e de ideias em relação à atividade física no idoso, alimentação saudável, cuidados com a onda de frio e adesão terapêutica (brainstorming de conceções). No decorrer das apresentações expôs-se o tema e esclareceram-se dúvidas.

Foram distribuídos folhetos com alguns dos exercícios exemplificados durante o encontro sob o tema da atividade física.

A caminhada foi feita de acordo com as capacidades dos participantes, em marcha lenta e descontraída. O grupo foi acompanhado por um carro de apoio.



### 5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

As estratégias acionadas neste projeto foram o reforço das parcerias com as estruturas da comunidade, nomeadamente com as Juntas de Freguesia e Centros Comunitários, a realização de ações de educação para a saúde com os idosos, iniciando com o tema “Atividade física” e averiguando com os participantes, no final dos encontros, quais os temas a abordar nas ações seguintes, o rentabilizar os recursos próprios da UCC Elvas.com. Estas serão analisadas em seguida individualmente.

#### 5.3.1 – Reforço das parcerias com as estruturas da comunidade, nomeadamente com as Juntas de Freguesia e Centros Comunitários.

A importância destas parcerias prende-se com a possibilidade de chegar mais perto das populações, através da utilização de espaços que já são conhecidos e próximos a estes. São também de extrema importância para efeitos de divulgação do projeto, dada a proximidade com a população.

Cada vez mais se dá ênfase ao conceito de parceria associado aos cuidados de enfermagem, nomeadamente na parceria enfermeiro – indivíduo/grupo alvo dos cuidados (Sousa, 2009). Os cuidados de enfermagem valorizam não só o indivíduo mas também o contexto em que este se insere, tendo por base a parceria no processo de capacitação (Rodrigues, 2009), sendo *“a participação é essencial para dar apoio ao esforço dos serviços de saúde e aprender sobre saúde fomenta a participação”* (OE, 2011), como se refere no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Este documento refere ainda que os cuidados de enfermagem na comunidade requerem *“(...) uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais (...) privilegiando o efectivo trabalho em equipa e em parceria.”* (OE, 2011)

Mas em que consiste esta parceria no contexto comunitário?! Pode ser considerada uma relação formal entre duas (ou mais) organizações pela qual realizam-se atividades de cooperação, e um processo de negociação e definição de objetivos comuns

com implicações nas respetivas tarefas (Carrilho, 2008). Ainda nas palavras do Prof. Rogério Roque Amaro, é um *“processo de ação conjunta com vários actores ou protagonistas colectivos ou individuais, que se aglutinam à volta de um objectivo partilhado, disponibilizam recursos para em conjunto definirem e negociarem estratégias e caminhos que viabilizam o referido objectivo, avaliando continuamente os seus resultados”* (ISS, 2008).

Destas definições pode-se inferir que este conceito, na sua aplicação, implica objetivos comuns e cooperação para se atingir tais objetivos.

O que senti neste estágio foi uma enorme cooperação e real interesse no trabalho desenvolvido por parte da junta de Freguesia de S. Vicente. Além de disponibilizar o espaço, a junta sempre se preocupou em participar mais e conjuntamente, tendo um papel ativo neste projeto. Esta atitude foi evidente por parte não só do presidente mas também dos diferentes funcionários que connosco colaboraram. Foi uma experiência muito positiva e para além de se sentir um bom ambiente de trabalho, senti que este foi importante para a população em si e valorizada por todos.

Em contrapartida a cooperação com a junta de Sta. Eulália foi exatamente o oposto... e simplesmente não houve dinamização da parceria. Apesar de reconhecida a importância e de verbalizarem estar disponíveis para colaborar não foi isso que se verificou.

Nas várias sessões marcadas houve sempre algo que correu mal, principalmente no que respeita à divulgação das intervenções. Pareceu que não havia um real envolvimento no projeto. A população não aderiu, parecendo pouco participativa. Alteraram-se então as estratégias de recrutamento e divulgação, passando a UCC a ter parte ativa nesta, e mesmo assim não houve adesão por parte da população.

E apesar de se terem revisto as estratégias para recrutar e motivar a população, não consegui realizar um trabalho tão eficaz como o desenvolvido em S. Vicente. E foi até não conseguirmos obter resposta por parte da junta. Foram igualmente infrutíferos os esforços feitos para a redefinição de estratégias de colaboração com o presidente da Junta de Freguesia de Sta. Eulalia.

Neste aspeto foi até enriquecedora esta experiência. Tornou o trabalho desafiante, mas ao mesmo tempo deixou-me bastante desanimada com esta demonstração de falta de interesse. E esta parceria vai continuar a ser um desafio, pois

não podemos ficar de braços em baixo perante estas adversidades. Temos de ser mais criativos nas intervenções e nas estratégias que escolhemos, tentando recrutar a população para algo que seja mais apelativo e depois então ir introduzindo intervenções mais direccionadas.

E esta parceria terá de ser revista. Se não se consegue trabalhar em conjunto há que dinamizar outras parcerias para que se chegue a esta população, que pelo distanciamento dos serviços centrais e pelas suas próprias características de meio rural, tornam mais complicado o acesso e até a compreensão da importância de determinadas intervenções na área dos cuidados de saúde.

#### 5.3.2 – Estratégia de “dar poder” e visibilidade ao grupo, na escolha dos temas abordados (participação activa)

Penso ser pertinente iniciar estes encontros com o tema “atividade física” dado que este foi um tema prioritário identificado no diagnóstico de saúde. O facto de ser estimulada a participação ativa na escolha dos temas abordados vai proporcionar espaços que vinculem afetivamente as pessoas e valorizem o seu trajeto de vida e expectativas em relação ao serviço prestado. É ainda um eixo estratégico na capacitação e na promoção da autonomia dos idosos através da potencialização das suas escolhas.

O facto de estarmos mais perto da população faz com que possam ser detetadas situações que necessitam de intervenção. Este projeto visa também uma maior proximidade dos cuidados de saúde em relação aos idosos, pelo que o facto de se criarem espaços de interação entre estes propicia a identificação de situações e necessidades que de outra forma estariam escondidas e fora do conhecimento das instituições de saúde.

#### 5.3.3 – Rentabilizar os recursos próprios da UCC Elvas.com.

Conforme os temas sugeridos ao longo das ações, privilegiar-se-á as potencialidades do trabalho em equipa, dinamizando a colaboração entre os diferentes profissionais da equipa da UCC.

Foi pedida a colaboração de três enfermeiras e da dietista, para a realização das atividades relacionadas com a alimentação.

#### 5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Para este projeto foram mobilizados recursos internos e externos à UCC.

No que respeita aos recursos próprios da UCC (recursos internos), foi necessário recorrer a recursos humanos e materiais.

Dentro dos recursos humanos, colaboraram neste projeto 3 enfermeiras e a dietista da UCC.

Quanto a recursos materiais, foi necessária a utilização do carro de serviço para as deslocações inerentes ao projeto, papel, esfigmomanómetro, glicómetro, fitas reagentes de glicémia, lancetas para punção capilar, computador portátil e projetor multimédia.

Para tornar possível este projeto foi necessária a intervenção de agentes externos à UCC, para complementar e suprimir algumas das necessidades materiais e humanas na consecução deste projeto.

Foi necessária a colaboração externa do representante do ” pão São Diabético”, que colaborou através do fornecimento de 3 caixas de ” pão São Diabético” para distribuição numa das atividades planeadas (recurso material).

A colaboração por parte das Juntas de Freguesia foi também muito importante.

Estas disponibilizaram, ao nível de recursos humanos, a colaboração dos respetivos Presidentes, secretários e assistentes operacionais que colaboraram na divulgação do projeto e das atividades.

Quanto a recursos materiais, foram disponibilizadas as instalações das Juntas, cartazes e flyers. A Junta de Freguesia de S. Vicente e Ventosa colaborou também com produtos alimentares para um lanche (sumos, águas, bolachas, pães de leite, muffins, etc.), T-shirts personalizadas e carro de apoio para a atividade da caminhada.

Para além destes recursos, não posso deixar de referir a importância de outro recurso que por vezes não é valorizado na passagem para o papel destes projetos: o

tempo e a disponibilidade de todos os colaboradores. Sem eles este projeto não seria o mesmo.

#### 5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Para além da UCC, foram envolvidas no projeto as Juntas de Freguesia de S. Vicente e Ventosa e de Santa Eulalia e o Representante do ” pão São Diabético”. Os contactos com as Juntas foram feitos presencialmente, falando diretamente com os presidentes das Juntas para que não houvesse dúvidas quanto ao envolvimento esperado neste projeto. Posteriormente alguns contactos foram efetuados por telefone e por e-mail.

Por este já ser um parceiro ao nível de outros projetos da UCC, o contacto com o representante do pão S. Diabético foi feito por telefone, o único modo de contacto de que dispunha.

#### 5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Em termos orçamentais, em despesas para a UCC pode-se contabilizar gastos com as deslocações, com pessoal e material.

Devido á conjuntura económica atual, há necessidade de rentabilizar os recursos disponíveis evitando gastos que em termos de gestão podem ser considerados supérfluos.

Portanto o planeamento inicial do projeto contemplava apenas os gastos com recursos próprios da UCC.

Tudo o que se conseguiu negociar em recursos externos foi um bónus para o projeto, ficando a despesa a cargo da entidade que se comprometeu a fornecer os referidos recursos. Foram conseguidos com a colaboração dos parceiros referidos ao longo do Relatório:

- Horas de trabalho na divulgação (cerca de dois dias de divulgação por cada atividade);

- T-shirts (uma para cada participante na caminhada);
- Lanche (bolachas, águas, bolos, sumos diversos);
- Flyers;
- Cartazes;
- Duas caixas de pão São Diabético
- Espaço físico onde decorreram as atividades.

Em total de horas despendidas pelo pessoal de enfermagem na aplicação deste projeto contabilizam-se cerca de 60 horas em contactos, planeamento, deslocações e atividades.

A dietista colaborou neste projeto com um total de 8 horas, em planeamento, deslocações e atividades.

#### 5.7 - CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

A execução das atividades não decorreu como planeado inicialmente. Apesar de haver um esforço por parte de todos os intervenientes foi bastante complicado manter a rigidez do intervalo de duas semanas entre os encontros. Foi complicado gerir os horários dos diferentes programas na UCC e a gestão da viatura de serviço. Essa foi uma das principais razões do não cumprimento rígido do cronograma.

No entanto outros constrangimentos surgiram, como o facto de as juntas não disporem das instalações livres.

O facto de ter havido dificuldades na parceria com a junta de freguesia de Sta. Eulália dificultou também o cumprimento do cronograma, pois foi acordado inicialmente que seria para seguir o planeamento dos encontros quinzenais e perdeu-se imenso tempo em remarcações e negociações para haver marcação das atividades.

Uma comparação entre o cronograma das atividades programadas e o cronograma das atividades desenvolvidas pode ser consultada em ANEXO IV.

Foram planeadas em cronograma 14 “encontros”, tendo ocorrido apenas 5, o que perfaz uma taxa de consecução de 35,7% das atividades planeadas. No entanto este é

um projeto que tem prevista uma continuidade por parte dos profissionais da UCC, pelo que espero uma melhoria nos indicadores de adesão ao projeto.

## 6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O processo de controlo do projeto é retrospectivo, utilizando os dados disponíveis, do tipo qualitativos e quantitativos.

Quanto à implementação das atividades a avaliação centra-se predominantemente no funcionamento interno/produktividade do que no output das intervenções pois os efeitos a longo prazo são de difícil avaliação neste tipo de projetos (Assis, 2004).

Como tal apenas serão aqui discutidos indicadores de avaliação a curto e médio prazo.

### 6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A avaliação dos objetivos é a fase em que se medem os efeitos de um programa ou projeto por comparação com as metas que se propôs alcançar, em vista a contribuir para a tomada de decisões sobre o projeto e para melhorar a programação futura (Weiss, 1975). É portanto sistemática.

De seguida será abordada a avaliação de cada objetivo individualmente.

#### 6.1.1 – Avaliação do objetivo “Promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde”

Este objetivo pode ser avaliado de acordo com a avaliação das atividades para ele planeadas e desenvolvidas.

A avaliação deste objetivo é feita com base nos seguintes indicadores:

- Nº de idosos que participa na atividade;
- Nº de idosos que volta a participar nas atividades seguintes;
- Nº de novos idosos a participar nas atividades seguintes;



- Questionário de avaliação da ação (ANEXO V);
- Observação participante;
- Temáticas propostas/abordadas.

Na freguesia de **São Vicente e Ventosa** foram realizados quatro encontros para discussão dos temas atividade física no idoso, alimentação saudável, onda de frio e adesão terapêutica.

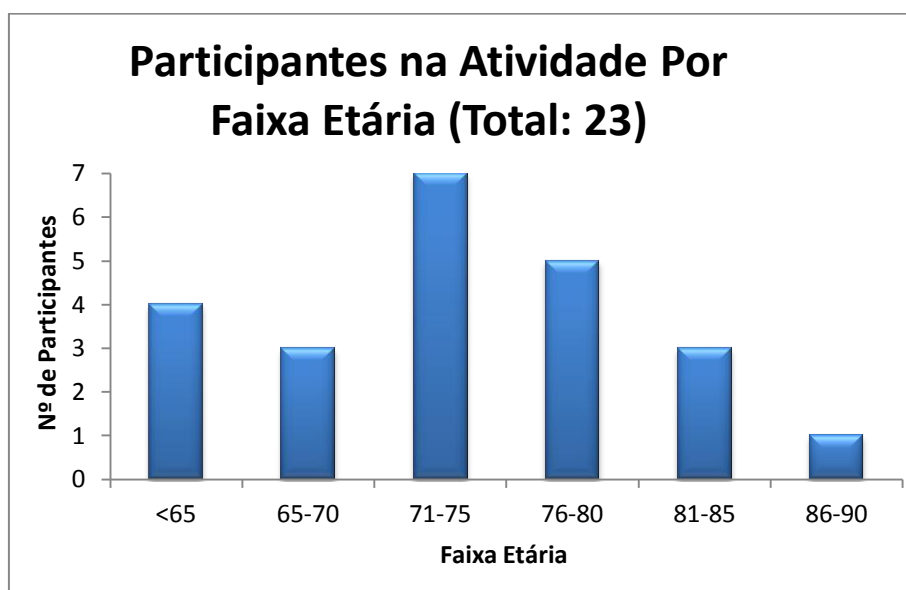
Segue-se a avaliação de cada um dos encontros detalhadamente, com exceção do encontro em que foi abordado o tema da Adesão terapêutica, que será abordado no subcapítulo 6.1.3. no entanto os dados relacionados com o número de participantes serão contemplados na avaliação geral destas atividades/encontros.

### **ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Atividade Física no Idoso”**

Esta atividade decorreu no dia 11/10/2011, pelas 17h30 no salão da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa.

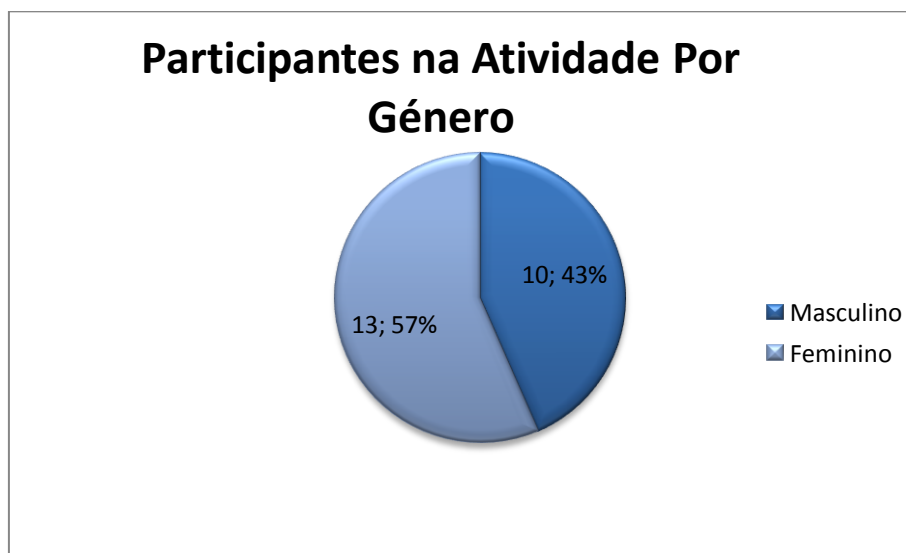
#### **CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:**

Participaram nesta atividade um total de 23 pessoas, distribuídas graficamente por idade e género da seguinte forma:



**Gráfico 3 - Participantes na Atividade “Atividade Física no Idoso”, por Faixa Etária**

Existe uma adesão uniforme na divisão etária dos participantes, no entanto com maior número de participantes na faixa etária dos 71 aos 75 anos. Participaram ainda quatro elementos com idade inferior a 65 anos, o que revela uma aptidão e interesse (preocupação acrescida) em saber mais sobre os cuidados a ter na velhice.



**Gráfico 4 - Participantes na Atividade “Atividade Física no Idoso”, por Género**

Quanto à divisão por género, existe uma maior participação por parte das senhoras comparativamente com os homens, no entanto não me pareceu que esteja relacionado com o tema em si mas sim com a metodologia.

## RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

O gráfico seguinte representa os resultados em relação às seguintes questões acerca da atividade desenvolvida:

Q1 - Esta ação de educação para a saúde foi do seu interesse?

Q2 - Esta ação de educação para a saúde correspondeu às suas expectativas?

Q3 - Esta ação de educação para a saúde foi importante para si?

Q4 - A exposição de conteúdos foi clara?

Q5 - Pensa em adotar as recomendações desta ação de educação para a saúde?

Q6 - Gostaria de voltar para outras ações de educação para a saúde?

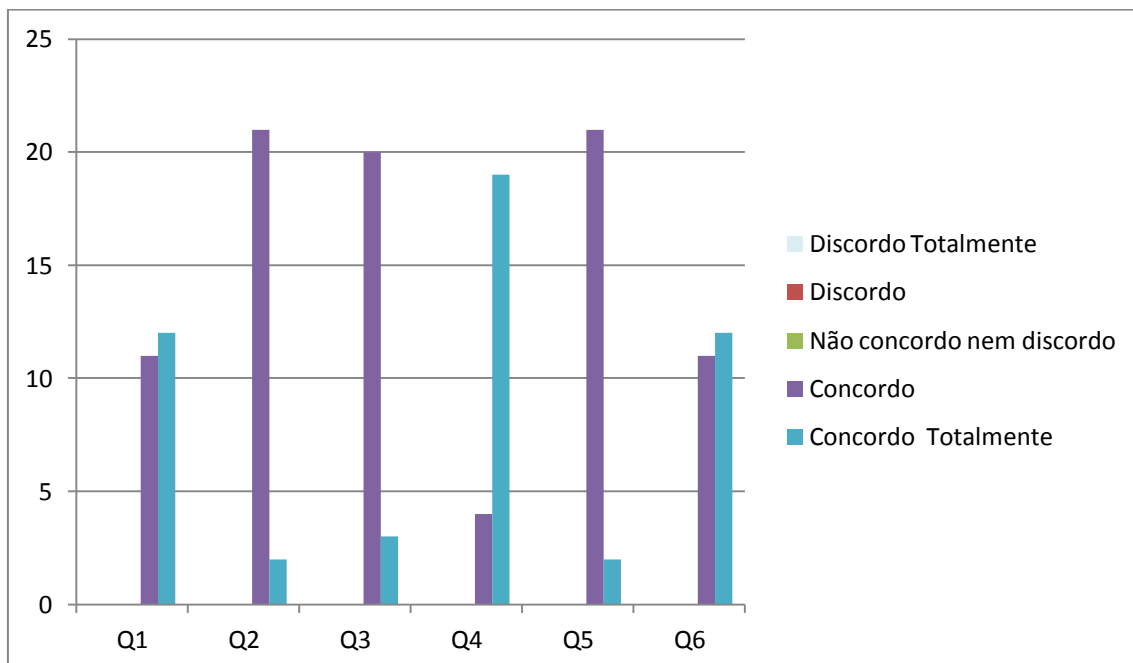


Gráfico 5 - Resultado do Questionário de Avaliação da Ação "Atividade Física no Idoso"

Como se pode verificar pelo gráfico acima, a maioria dos participantes refere Concordar ou Concordar Totalmente (resultados mais positivos) em relação às questões apresentadas.

#### **OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:**

Esta sessão decorreu com grande interesse por parte dos participantes, que proporcionaram debate acerca das condições comunitárias para a prática de atividade física e a importância que estas têm para incentivar a prática.

Os comentários à ação foram bastante positivos, referindo inclusivamente que gostariam de voltar a participar em ações deste género.

Ficou definido, como tema específico para a próxima sessão, a alimentação saudável dado que no próximo dia 16 é comemorado o Dia mundial da Alimentação (espaço para conversa e troca de experiências em dias comemorativos).

Senti dificuldade em aplicar o questionário de avaliação da sessão, pois a maioria das pessoas quando sentem que a sessão está a terminar levantam-se logo para ir embora. Foi até difícil colher os nomes e idades dos participantes. Além disso, uma grande parte dos participantes não sabia ou tinha dificuldade em ler o questionário, pelo que foi necessário dar apoio individualizado para se conseguir a aplicação do questionário, tornando-se um período de espera que causou alguma impaciência nos participantes.

#### **SUGESTÕES/CONCLUSÕES:**

- Ao invés de aplicar o questionário, distribuindo-o aos participantes, a estratégia de fazer a avaliação oralmente parece ser mais adequada para esta população, com uma taxa de analfabetismo elevada (ver subcapítulo 3.1 – caracterização geral da população).

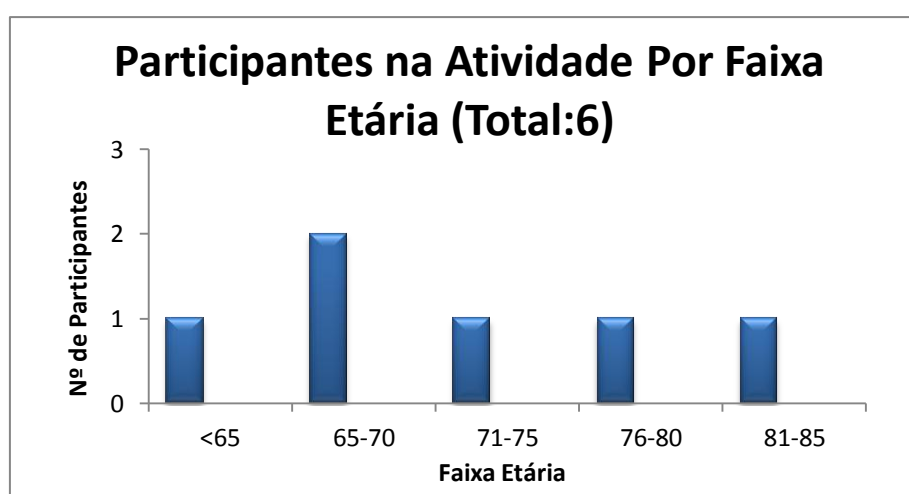
- No entanto pode ser menos fiável, pois os idosos desta população, quer seja por vulnerabilidade própria ou por distancia social, tendem a responder mais de acordo com as expectativas dos profissionais do que com o que realmente pensam.

### **ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Alimentação Saudável”**

Esta ação decorreu no dia 08/11/2011, pelas 15hs na Sala de Espera da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa.

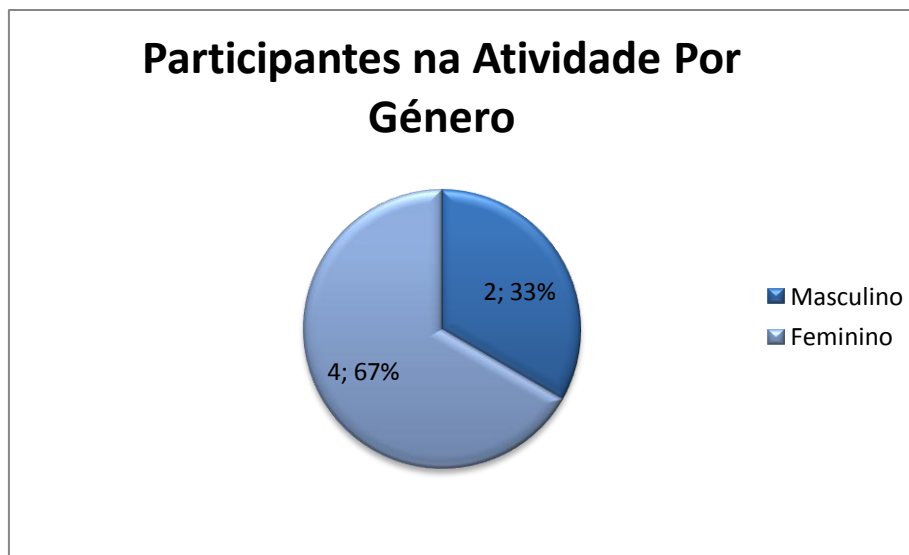
#### **CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:**

Participaram nesta ação um total de 6 pessoas.



**Gráfico 6 - Participantes na Atividade “Alimentação Saudável”, por Faixa Etária**

Existe uma adesão uniforme na divisão etária dos participantes e à semelhança da atividade anterior, a participação de um elemento com idade inferior a 65 anos, o que revela uma aptidão e interesse (preocupação acrescida) em saber mais sobre os cuidados a ter na velhice.



**Gráfico 7 - Participantes na Atividade “Alimentação Saudável”, por Género**

Quanto à divisão por género, existe uma maior participação por parte das senhoras comparativamente com os homens, no entanto não me pareceu que esteja relacionado com o tema em si mas sim com a metodologia, como referi anteriormente.

#### **RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

O gráfico seguinte representa os resultados em relação às seguintes questões acerca da atividade desenvolvida:

Q1 - Esta ação de educação para a saúde foi do seu interesse?

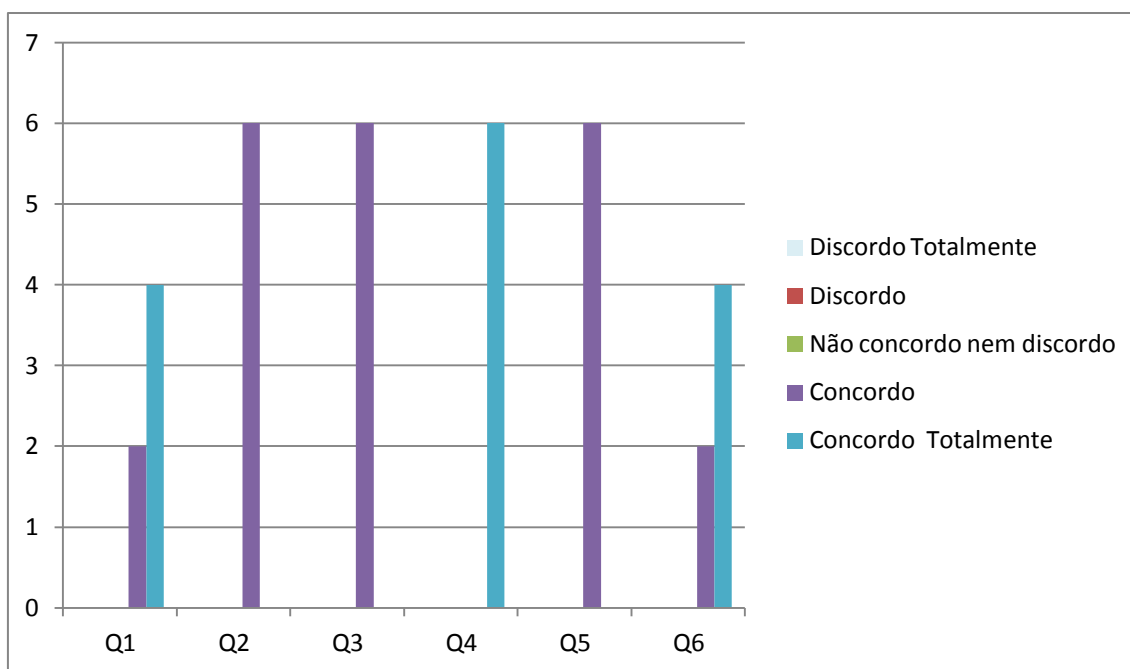
Q2 - Esta ação de educação para a saúde correspondeu às suas expectativas?

Q3 - Esta ação de educação para a saúde foi importante para si?

Q4 - A exposição de conteúdos foi clara?

Q5 - Pensa em adotar as recomendações desta ação de educação para a saúde?

Q6 - Gostaria de voltar para outras ações de educação para a saúde?



**Gráfico 8 - Resultado do Questionário de Avaliação da Ação "Alimentação Saudável"**

Como se pode verificar pelo gráfico acima, a maioria dos participantes refere Concordar ou Concordar Totalmente (resultados mais positivos) em relação às questões apresentadas.

#### **OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:**

Esta sessão decorreu com grande interesse por parte dos participantes, que aproveitaram para esclarecer várias dúvidas que tinham em relação à alimentação e à sua relação com as suas patologias e o seu estado de saúde.

Os comentários à ação foram bastante positivos, referindo inclusivamente que gostariam de voltar a participar em ações deste género.

Não ficou definido nenhum tema específico para a próxima sessão, parecendo que os participantes esperam que sejam os profissionais a sugerirem os temas abordados. O facto de se encontrarem presentes 3 profissionais (o equivalente a 50% dos participantes) pareceu reforçar este sentimento.

Como era um grupo pequeno, decidi aplicar o questionário, fazendo eu as questões aos participantes. Mesmo assim, senti dificuldade em aplicar o questionário de

avaliação da sessão, na medida em que as respostas dadas parecem forçadas e sem real reflexão sobre estas.

Foi um dia bastante frio e chuvoso, o que pode ter condicionado a participação na atividade.

O facto de a região apresentar invernos muito rigorosos pode condicionar a adesão, pois as pessoas, principalmente os mais idosos, evitam de sair a não ser que seja mesmo necessário.

A cultura e as representações sociais nesta população não valorizam este tipo de intervenção. Como referiu um dos participantes: *“sabe, uma pessoa vem só para ver como é mas depois a maioria não acha que vale a pena sair de casa com este tempo para vir até aqui...”* (sic).

#### **SUGESTÕES/CONCLUSÕES:**

- Ao invés de aplicar o questionário, mesmo oralmente, parece-me ser mais adequado para esta população fazer as questões para o grupo e não individualmente.
- No entanto pode ser menos fiável, pois os idosos desta população, quer seja por vulnerabilidade própria ou por distancia social, tendem a responder mais de acordo com as expectativas dos profissionais do que com o que realmente pensam.

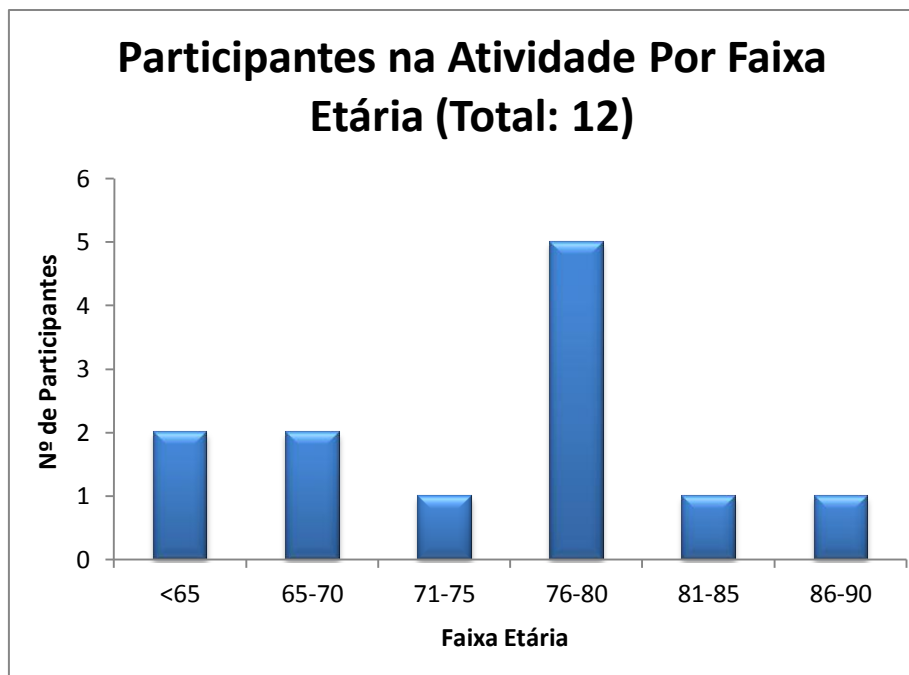
#### **ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Onda de Frio”**

Esta ação decorreu no dia 13/12/2011, pelas 15hs na Sala de Espera da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa.

#### **CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:**

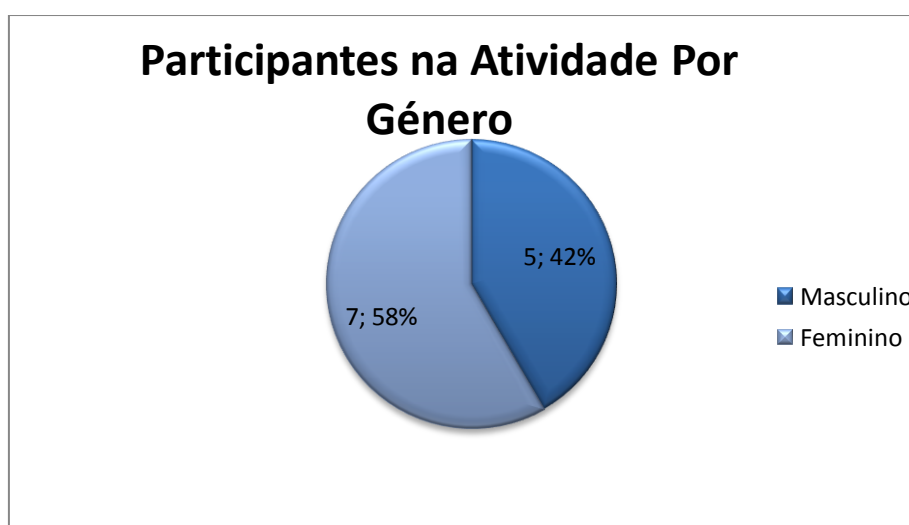
Participaram nesta ação um total de 12 pessoas.





**Gráfico 9 - Participantes na Atividade “Onda de Frio”, por Faixa Etária**

Existe uma adesão uniforme na divisão etária dos participantes, no entanto com maior número de participantes na faixa etária dos 76 aos 80 anos. Participaram ainda dois elementos com idade inferior a 65 anos, o que revela uma aptidão e interesse (preocupação acrescida) em saber mais sobre os cuidados a ter na velhice.



**Gráfico 10 - Participantes na Atividade “Onda de Frio”, por Género**

Quanto à divisão por género, existe uma maior participação por parte das senhoras comparativamente com os homens, no entanto não me pareceu que esteja relacionado com o tema em si mas sim com a metodologia, como referi anteriormente.

## **RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Desta vez a avaliação de acordo com o questionário foi feita oralmente e dirigida para o grupo, obtendo-se respostas dispersas, não possíveis de contabilizar.

A maioria dos participantes refere que esta sessão foi do seu interesse, daí terem participado, e tendo correspondido às suas expectativas.

De uma forma geral a maioria dos participantes considerou a sessão importante e esclarecedora com sugestões úteis para o seu dia-a-dia.

Praticamente todos referem que pretendem voltar a participar.

## **OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:**

Esta sessão decorreu com grande interesse por parte dos participantes, que aproveitaram principalmente para a troca de experiências e métodos de combate ao frio.

Os comentários à ação foram bastante positivos, referindo inclusivamente que gostariam de voltar a participar em ações deste género.

Não ficou definido nenhum tema específico para a próxima sessão, parecendo novamente que os participantes esperam que sejam os profissionais a sugerirem os temas abordados. Mais uma vez este facto leva a refletir se esta vontade de voltar a participar é realmente real, pois constata-se que a maioria das pessoas não volta.

Foram identificadas situações de pessoas que ainda utilizam braseira de picão em casa, o que pode ser um risco para quem reside na habitação. Estas pessoas parecem compreender os riscos inerentes a essa prática, no entanto alegam razões económicas para a manterem apesar dos riscos. Como tal as intervenções foram direcionadas para a

prevenção de riscos tendo em conta as práticas já instaladas, para além do incentivo à mudança de comportamento.

Não foram identificados casos de valores de Tensão Arterial, Frequência Cardíaca ou glicemia Capilar fora dos parâmetros normais para as guidelines atuais ou que justificassem encaminhamento específico.

Foi um dia bastante frio, o que pode ter condicionado a participação na atividade.

#### **SUGESTÕES/CONCLUSÕES:**

- Ao invés de aplicar o questionário, distribuindo-o aos participantes, a estratégia de fazer a avaliação oralmente parece ser mais adequada para esta população, com uma taxa de analfabetismo elevada.
- No entanto pode ser menos fiável, pois os idosos desta população, quer seja por vulnerabilidade própria ou por distancia social, tendem a responder mais de acordo com as expectativas dos profissionais do que com o que realmente pensam, tornando os dados pouco fiáveis. Apesar disso, deve ser mantida como estratégia de avaliação do feedback dos participantes pois ajuda a compreender a clareza e pertinência dos temas abordados.

Na freguesia de **Santa Eulália** foram marcados três encontros para discussão dos temas atividade física no idoso e alimentação saudável.

**ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Atividade Física no Idoso”**

Esta ação esteve marcada para o dia 3/11/2011, pelas 16h00 no salão da Junta de freguesia de Sta. Eulália.

**ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Atividade Física no Idoso”**

Esta ação esteve marcada para o dia 4/11/2011, pelas 17h30 no salão da Junta de freguesia de Sta. Eulália.

**ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Alimentação Saudável”**

Esta ação esteve marcada para o dia 28/11/2011, pelas 15hs na Sala de Espera da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa.

Na primeira sessão marcada fomos informados de que tinha havido um problema com a divulgação e que esta não tinha sido realizada a tempo. Infelizmente houve falta de comunicação e foi necessário deslocarmo-nos às instalações da junta para sermos informados. Ficamos a saber que o funcionário da junta em quem foi delegada a tarefa da impressão e distribuição dos cartazes informativos não conseguiu abrir o e-mail enviado pela UCC e consequentemente não conseguiu fazer a divulgação.

Ficou remarcada a atividade para o dia seguinte, sendo efetuada a divulgação durante o período da manhã e mais uma vez o presidente assegurou que iria providenciar para que esta se realizasse pela junta.

Nesta segunda atividade também não compareceu ninguém.

Foi-nos assegurado que a divulgação foi feita. O facto de ter sido muito em cima do dia da atividade pode ter condicionado a adesão a esta.

Quanto à terceira atividade, mais uma vez não compareceu ninguém, mas desta vez a equipa da UCC teve parte ativa na divulgação da atividade.

Provavelmente o tipo de divulgação (através dos cartazes informativos e transmissão oral por pares) não é a mais adequada, havendo necessidade de rever as estratégias de divulgação.

Uma atividade de divulgação nos principais pontos de encontro da população idosa parece ser uma estratégia fiável, assim como o incentivo à participação com uma “oferta” como por exemplo um pequeno lanche ou um rastreio, pois esta população parece ser mais interessada nesse tipo de atividades.

No entanto para este tipo de estratégias é necessária a utilização de recursos externos à UCC, nomeadamente a colaboração da junta ou de outra instituição comunitária.

Até ao final do projeto não se conseguiu falar novamente com o presidente da junta, quer presencialmente quer por telefone, pelo que foi impossível efetuar mais sessões.

#### 6.1.2 – Avaliação do objetivo “Incentivar as interações sociais entre idosos”

Este objetivo pode ser avaliado de acordo com a avaliação das atividades para ele planeadas e desenvolvidas.

A avaliação deste objetivo é feita com base nos seguintes indicadores:

- Nº de idosos que participa na atividade;
- Questionário de avaliação da ação;
- Observação participante.

Uma das atividades que se enquadra neste objetivo foi desenvolvida num dos momentos que se enquadra na avaliação do objetivo anterior. Estou a referir-me à sessão de Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Alimentação Saudável”, em que foi analisado e debatido o Dia Mundial da Alimentação.

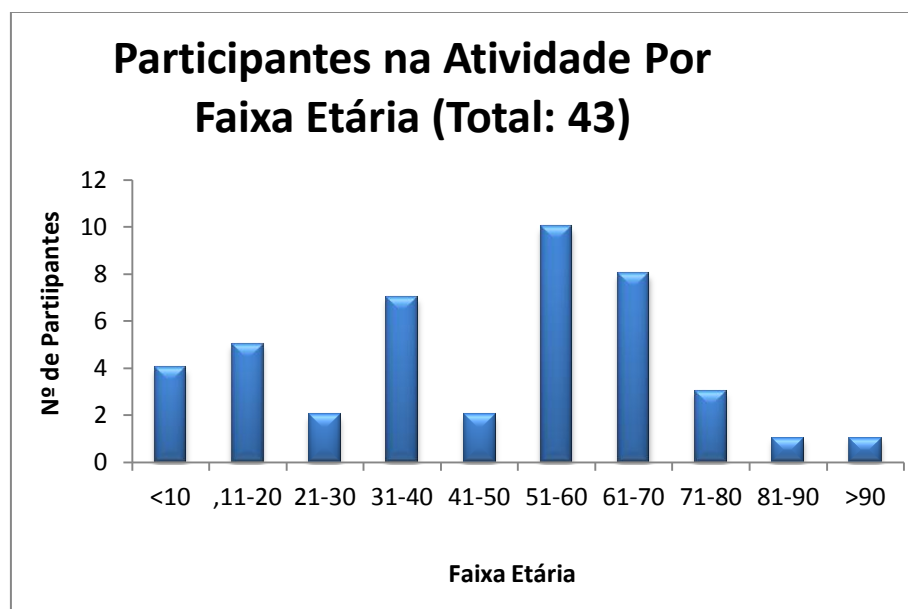
### **ATIVIDADE: Caminhada**

Quanto à avaliação da caminhada, esta foi uma das atividades com mais sucesso e eficácia.

Esta atividade decorreu no dia 28/01/2012, pelas 9h30min, com encontro junto às instalações da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa.

#### **CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:**

Participaram na caminhada um total de 43 pessoas, das quais 11 com 65 anos ou mais.



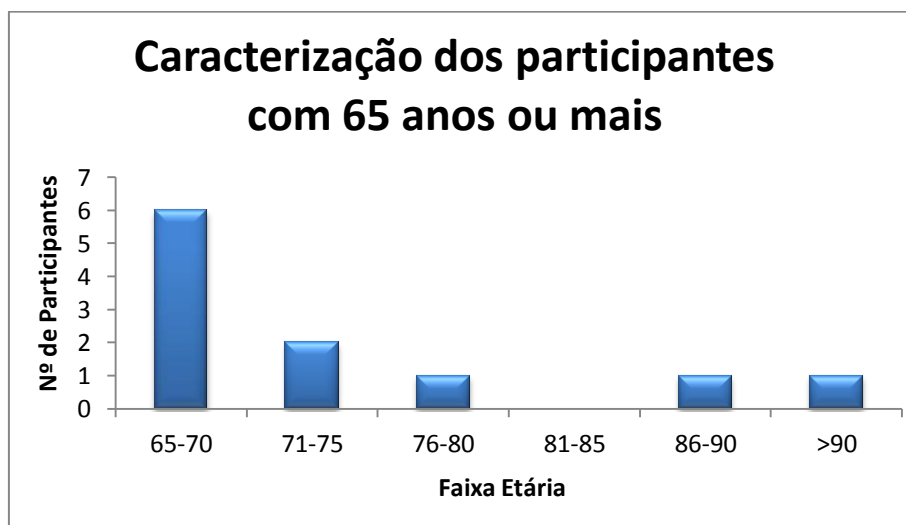
**Gráfico 11 - Participantes na Atividade “Caminhada”, por Faixa Etária**

Existe uma maior participação de elementos das faixas etárias entre os 31 e os 40 anos e entre os 51 e os 60 anos, muitos deles acompanhantes dos elementos mais idosos, o que revela uma preocupação acrescida e disponibilidade em saber mais sobre os cuidados a ter na velhice e participar neste tipo de atividades. É importante realçar aqui a importância das interações intergeracionais na promoção de estilos de vida saudáveis.



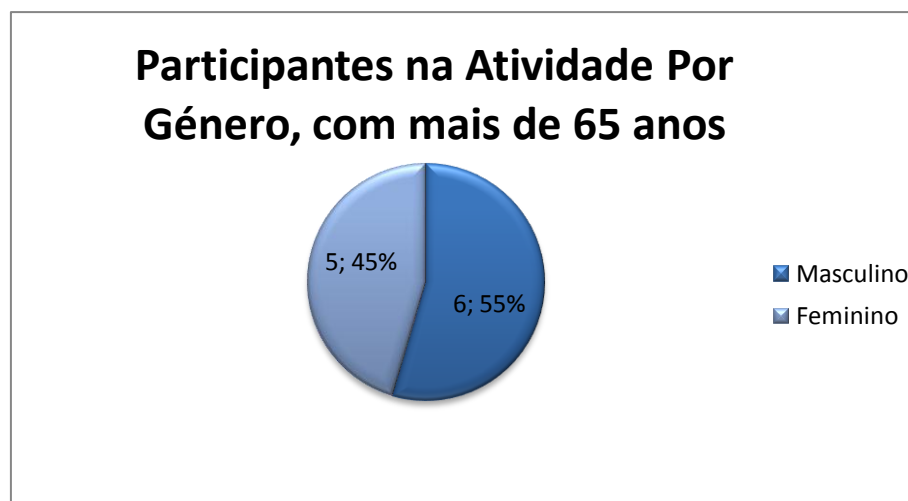
**Gráfico 12 - Participantes na Atividade “Caminhada”, por Género**

Quanto à divisão por género, existe uma maior participação por parte das senhoras comparativamente com os homens.



**Gráfico 13 - Participantes na Atividade “Caminhada”, com 65 anos ou mais, por Faixa Etária**

Quanto aos participantes idosos, existe uma adesão mais acentuada para a faixa etária dos 65 aos 70 anos, em parte relacionada com a metodologia, dado que a caminhada representa uma atividade na qual a população mais idosa tende a mostrar mais dificuldades relacionadas com a sua mobilidade e resistência.



**Gráfico 14 - Participantes na Atividade "Caminhada", com 65 anos ou mais, por Género**

Ao contrário da tendência na maioria das atividades, o número de homens superou o número de mulheres, mas com uma diferença pouco significativa.

#### **OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:**

Esta foi uma atividade com uma grande adesão por parte da população. Participaram pessoas de todas as idades, desde os 6 aos 92 anos.

Apesar de o projeto ser direcionado para a pessoa idosa, um dos objetivos era o de incentivar as interações sociais pelo que o facto de participarem pessoas de várias idades vem enquadrar-se neste objetivo, fortalecendo ainda a ajuda e compreensão intergeracional.

Foi uma das intervenções planeadas no projeto, com intenção de se realizar no final das intervenções com a minha participação. No entanto, dada a adesão e os ótimos comentários à iniciativa, penso que poderia ser realizada também de início, como medida de divulgação do projeto a toda a população, através da participação e da comunicação por pares.



### 6.1.3 – Avaliação do objetivo “Melhorar o apoio aos idosos por parte dos serviços de saúde”

Este objetivo pode ser avaliado de acordo com a avaliação das atividades para ele planeadas e desenvolvidas.

A avaliação deste objetivo é feita com base nos seguintes indicadores:

- Nº de idosos que participa na atividade;
- Questionário de avaliação da ação;
- Observação participante.

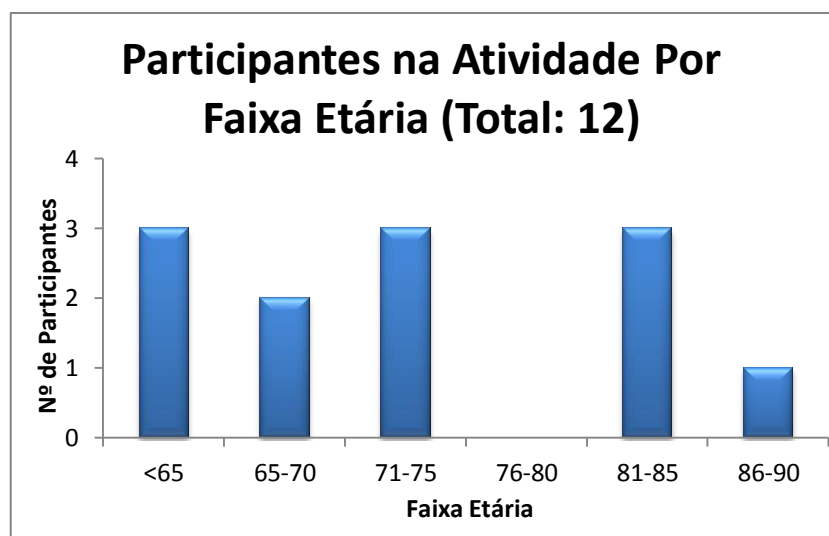
As atividades de divulgação dos recursos da comunidade e de encaminhamento e estímulo à participação nas atividades disponíveis foram uma constante transversal a todos os encontros efetuados. Para isso foi muito importante a participação e colaboração da Junta de Freguesia e de um dos elementos da comunidade que participou em todas as atividades desenvolvidas e que serviu de líder da comunidade e de elo de ligação e recrutamento.

### **ATIVIDADE: Debate e Ação de Educação para a Saúde sob o tema “Adesão Terapêutica”**

Esta ação decorreu no dia 24/01/2012, pelas 15hs na Sala de Espera da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa.

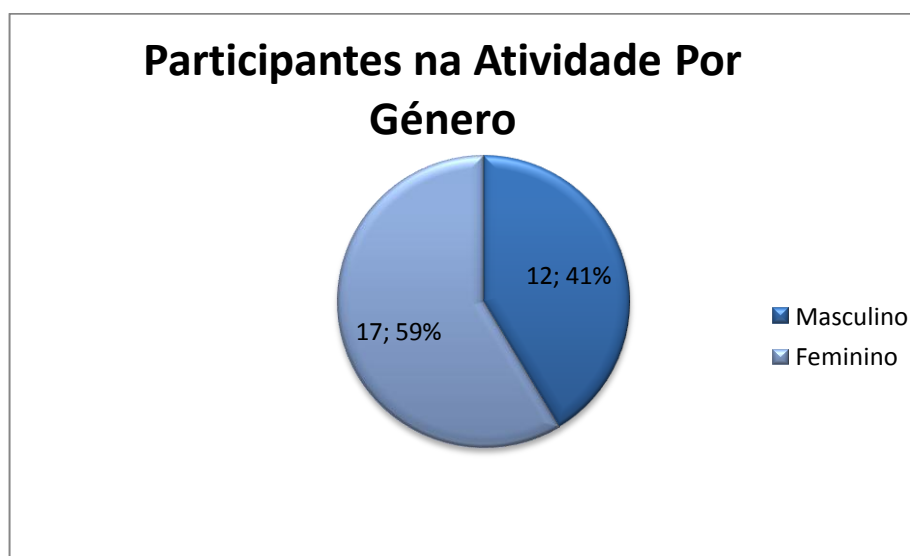
#### **CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:**

Participaram nesta ação um total de 12 pessoas.



**Gráfico 15 - Participantes na Atividade “Adesão Terapêutica”, por Faixa Etária**

Existe uma adesão uniforme na divisão etária dos participantes. Participaram ainda três elementos com idade inferior a 65 anos, o que revela uma aptidão e interesse (preocupação acrescida) em saber mais sobre os cuidados a ter na velhice.



**Gráfico 16 - Participantes na Atividade “Adesão Terapêutica”, por Género**

Quanto à divisão por género, existe uma maior participação por parte das senhoras comparativamente com os homens, no entanto não me pareceu que esteja relacionado com o tema em si mas sim com a metodologia, como referi anteriormente.

## **RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Mais uma vez a avaliação de acordo com o questionário foi feita oralmente e dirigida para o grupo.

A maioria dos participantes refere que esta sessão foi do seu interesse, daí terem participado, e tendo correspondido às suas expectativas.

Foi um tema importante e a informação foi clara e pertinente para o seu dia-a-dia.

Praticamente todos referem que pretendem voltar a participar.

### **OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:**

Esta sessão decorreu na sala de espera no mesmo dia em que os idosos se deslocam à Junta de Freguesia para a recolha dos seus medicamentos. O que começou por ser uma estratégia para recrutar mais população acabou por se revelar uma estratégia pouco eficaz, pois a maioria das pessoas apenas queria levantar os seus medicamentos e não demonstraram interesse em participar na sessão, tendo sido poucas as pessoas que aproveitaram para fazer as duas coisas. Apenas duas pessoas compareceram apenas para participar na atividade, as restantes foram recrutadas no local demonstrando interesse.

Inclusivamente uma das pessoas que participou, assim que terminamos a apresentação saiu logo da sala, não ficando para debate e troca de ideias/experiências.

Foi um dia bastante frio, o que pode ter condicionado a participação na atividade.

## SUGESTÕES/CONCLUSÕES:

- Não realizar futuras atividades em dias que as pessoas já tenham de se deslocar á Junta para outros propósitos, principalmente quando o tempo de espera é reduzido como foi o caso, pois a maioria não demonstra interesse em passar mais tempo fora das suas atividades habituais. O facto de assim ficarem mais tempo na Junta de Freguesia pode tornar-se aborrecido e não facilitar a adesão a este tipo de iniciativas.

### 6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

No total este projeto abrangeu 92 pessoas, dos quais 50 idosos. Este parece ser um número significativo, dado que estes são valores apenas de uma das freguesias, com uma população de 219 idosos, segundo valores do INE de 2001. Partindo destes dados, conclui-se uma taxa de abrangência de 22,8% para a freguesia de S. Vicente e Ventosa.

Destes 50 idosos, apenas um se manteve presente em todas as atividades. Este dado sugere que as pessoas só compareciam nas atividades cujo tema era do seu interesse. No entanto não deixa de ser um dado interessante, pois os temas eram sugeridos pelo grupo para a próxima atividade. Ora estes dados levantam uma questão: o que leva as pessoas a escolherem um tema e depois não comparecerem?!

Parecem haver diversos fatores que possam contribuir para esta ocorrência. Um deles é a própria divulgação em si. Terá sido eficaz? Aparentemente a divulgação foi bastante abrangente, no entanto não pode deixar de ser um fator a considerar. A divulgação pareceu funcionar melhor a cerca de uma semana da atividade programada, contando depois com o apoio dos funcionários da junta na divulgação oral durante a véspera e no próprio dia.

Sendo a divulgação eficaz, podemos então ter de repensar a metodologia das atividades. Este tipo de atividades, com uma grande componente expositiva, pode não ser exatamente o que esta população procura. E verificou-se que a atividade acerca do exercício físico (com a realização dos exercícios) e a caminhada foram as com mais participantes.

Tornar a metodologia mais agradável para esta população parece ser uma estratégia mais eficaz, no entanto exige mais trabalho de parceria devido aos custos associados. As atividades mais participativas, como a criação de ateliers, são mais dispendiosas e teriam de se averiguar as parcerias para a disponibilidade de recursos.

Este tipo de metodologia, com atividades de debate e exposição de conteúdos parece funcionar melhor em grupos fechados, com os participantes bem definidos, como sugere a análise bibliográfica efetuada. Esta é também uma metodologia mais utilizada em grupos com uma maior literacia (Rodrigues, 1999; Teixeira, 2002; Assis, 2005).

Portanto sinto que existe uma necessidade de ser mais criativa e de usar outras estratégias que sejam de maior interesse para esta população. Penso que seria pertinente a elaboração de um estudo de acerca das crenças em saúde desta população para melhor compreender como atuar positivamente sobre estas, pelo que deixo aqui esta sugestão, como forma de melhorar o projeto e novos projetos que possam surgir.

Dos idosos que participaram nas atividades praticamente todos referiram sentir vontade de efetuarem as mudanças comportamentais sugeridas. Isto sugere que o trabalho desenvolvido teve uma intervenção positiva junto destes. No entanto a ocorrência de real mudança só poderá ser avaliada a médio e longo prazo, pelo que não pode ser debatida agora. Apesar disso, o facto de compreenderem a importância da mudança torna importante que se mantenham atividades de prevenção e de incentivo a estilos de vida saudáveis nesta população.

No geral, do conjunto das duas freguesias, este projeto teve uma **taxa de abrangência de 8.88%**, o que é um bom indicador apesar das dificuldades encontradas.

De uma forma geral, e apesar de não ter sido cumprido o cronograma inicial, este projeto foi importante para a população abrangida, pois o resultado imediato das atividades desenvolvidas foi bastante positivo.

Alem do mais, este projeto foi ainda capacitador no sentido da minha aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, como será discutido no capítulo 7.

### 6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.

A avaliação intermédia do projeto foi sendo realizada à medida que se fazia a avaliação de cada uma das atividades, sendo a avaliação de cada atividade um momento para avaliação intermédia do projeto.

Durante este projeto foi necessário introduzir alguns ajustes, principalmente ao nível do recrutamento da população.

Uma dificuldade que senti foi em motivar a população para a adesão. As atividades meramente expositivas não chamam a atenção destes idosos. Tal foi evidente na segunda atividade realizada, pois não houve um chamariz mais apelativo para esta. Na primeira atividade, foi divulgada a realização dos exercícios como complemento da atividade tendo comparecido um grupo significativo (23 pessoas). A segunda atividade foi divulgada como uma sessão para se discutir a alimentação saudável, não cativando a população alvo.

Devido a este facto, cheguei à conclusão de que iria necessitar de introduzir estratégias diferentes para os motivar a participar, nomeadamente a de “dar” algo em troca, introduzindo um elemento mais participativo e que virasse mais a atenção para o grupo em si. Um exemplo disso foi a introdução da avaliação de tensão arterial, pulso e glicemia capilar na atividade seguinte. Esta estratégia foi eficaz, pois aumentou a adesão, com o número de participantes a duplicar (de 6 para 12).

Mesmo assim, pareceu-me um grupo pequeno, pelo que tentei introduzir uma das atividades numa das deslocações habituais dos idosos às instalações da junta de freguesia. Marcou-se uma reunião com o presidente para se discutir qual a melhor altura para se marcar e chegamos a acordo que seria pertinente intervir numa das ocasiões que os idosos se deslocam à junta para ir buscar os seus medicamentos (por não existir farmácia na freguesia).

Apesar de nos parecer uma boa ideia, não foi de todo eficaz. Apesar de divulgada a atividade, a maioria das pessoas apenas estava interessada em comprar os seus medicamentos e ir de novo à sua vida. E apesar da estratégia ter sido a de atuar em “sala de espera”, não ocupando muito mais tempo às pessoas, estas não se demonstraram recetivas.

Apos a primeira atividade tornou-se evidente a existência de uma pessoa idosa da comunidade a funcionar como parceira no recrutamento da população. Esta senhora, que participou em todas as atividades, passou a fazer parte integrante deste projeto pelo seu entusiasmo e grande vontade em participar. Assim, como medida corretiva, foi adotada a sua inclusão nos meios de divulgação/recrutamento como elemento chave da comunidade.

Outra situação que necessitou de ser revista foi a parceria com a junta de freguesia de Sta. Eulalia. Após duas atividades marcadas sem aparecer ninguém para assistir achei por bem assumir um papel mais ativo na divulgação das ações, colaborando com a junta na divulgação, nomeadamente na informação na rua e na distribuição de posters informativos em locais estratégicos.

Mesmo assim não foi o suficiente, continuou a não comparecer ninguém nas atividades marcadas. Dado que este foi um problema em grande parte causado pela má dinâmica na parceria, tentamos marcar várias reuniões com o presidente para tentarmos dinamizar e definir exatamente as responsabilidades na colaboração neste projeto, no entanto sem sucesso pois não obtivemos resposta por parte deste.

Com mais tempo, a estratégia deveria passar por recrutar novos parceiros para a concretização deste projeto, pelo que fica aqui esta sugestão para a continuidade do projeto, pelo que fica aqui esta sugestão para a continuidade do projeto nesta freguesia.

Este projeto permitiu-me a aquisição de competências ao nível do planeamento em saúde e ao nível da capacitação da comunidade idosa, pois constituiu-se como um trabalho onde foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o curso no desenvolvimento de um projeto direcionado para esta comunidade, com todas as suas especificidades inerentes ao processo de envelhecimento e ao contexto em que se inserem.

Numa primeira etapa tive a necessidade de efetuar um diagnóstico de saúde da população para a identificação das áreas prioritárias para intervir. Este diagnóstico foi muito simples, baseado nas necessidades identificadas pelos agentes no terreno e nas necessidades sentidas pelos próprios idosos. Penso que seria pertinente a elaboração de um diagnóstico mais aprofundado, numa segunda fase, tendo em conta as áreas prioritárias identificadas para uma melhor adequação das estratégias. Este tipo de estudo implicaria mais tempo para a sua aplicação para se obter uma maior profundidade nos dados obtidos.

A formulação dos objetivos foi para mim a parte mais complicada de todo o processo. Foi-me difícil, numa fase inicial, mobilizar conhecimentos para a definição de objetivos claros e mensuráveis. O que senti foi como se soubesse o que tinha de fazer mas não sabia exatamente como definir os objetivos de forma a poder partir deste para as intervenções e mais complicado ainda, para a avaliação dos mesmos.

Esta dificuldade remete-me para a dicotomia entre a teoria e a prática e para a importância de uma articulação real entre os conhecimentos teóricos e o contexto prático, como forma de construir habilidades e competências profissionais.

Como não poderia deixar de ser, e tal como em todos os contextos do nosso trabalho, é indispensável o trabalho em equipa. No entanto este trabalho não me permitiu apenas trabalhar em equipa, mas sim também avaliar e planear a necessidade de articulação com outros profissionais. Esta competência, para além do trabalho com a equipa de enfermagem, é visível através da articulação com a dietista, um recurso interno da UCC, com as juntas de freguesia e com o representante o pão S. Diabético.

Este trabalho é de extrema importância para que se desenvolvam atividades direcionadas para a população e adequadas a estas, conciliando os contributos próprios



de cada um na busca pelo mais eficaz para aquela população. O próprio trabalho em equipa ajuda a fomentar a nossa identidade profissional, na medida em que cria espaço para que cada um de nós dê o seu contributo profissional, na busca de um objetivo comum.

O processo de avaliação e monitorização tornou-se uma aprendizagem bastante interessante pois necessitei de mobilizar diferentes tipos de avaliação e de as adequar à população, como pode ser constatado através da descrição no capítulo 6. Este processo permitiu o aprofundamento de habilidades para tornar este projeto “melhor” e mais adequado à população alvo.

Este trabalho permitiu também o desenvolvimento de competências ao nível da capacitação de grupos/comunidades, através da implementação do projeto em parceria com as diferentes instituições e recursos da comunidade e mobilizando estratégias de educação para a saúde no processo de capacitação da população, dando autonomia aos idosos para que tomem as suas decisões em saúde de forma informada e consciente.

E apesar de os resultados nesta fase serem visíveis a curto prazo e sem demonstrarem reais mudanças no estado de saúde, a teoria fundamenta a importância deste tipo de intervenção.

Esta visão dos cuidados de saúde, mais global e numa lógica de saúde comunitária não é recente mas é ainda sem dúvida um desafio para a população portuguesa no geral. Este tipo de intervenções, que visam uma participação ativa e direcionadas para alterações nos estilos de vida, desenvolvidas no âmbito de projetos deste género continuam a ser alvo de alguma renitência na participação por parte dos grupos, principalmente da população mais idosa, devido à dificuldade em alterar os seus hábitos, muitos deles de longa data.

Cada vez mais há que apostar em projetos deste género que deem visibilidade aos cuidados de enfermagem e à sua importância, pois existem claramente estudos acerca da sua eficácia, visível principalmente a longo prazo.

## 8 – CONCLUSÃO

Este projeto surgiu no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, direcionado para a fase do ciclo de vida do envelhecimento

Teve como objetivo geral capacitar os idosos para a participação social e promoção do bem-estar, e como objetivos específicos promover atividades educativas, com ações preventivas e assistenciais de saúde, incentivar as interações sociais entre idosos e melhorar o apoio aos idosos por parte dos serviços de saúde.

Embora direcionado para a população idosa, com mais de 65 anos, este projeto abrangeu um total de 92 pessoas, das quais 50 idosos. Este dado revela a importância dada pelas outras faixas etárias a este projeto e a importância de uma articulação intergeracional.

As intervenções de Enfermagem, sobretudo na comunidade, não podem ser concebidas sem se considerarem as múltiplas articulações e parcerias com os elementos dessa mesma comunidade.

Cada vez mais se aposta em medidas de promoção da saúde, com vista ao aumento do potencial de saúde das populações e uma das metodologias mais utilizadas é a que visa capacitar os indivíduos para a aquisição de conhecimentos e competências, promovendo um acréscimo de poder e controlo, através da participação e tomada de decisão na área da saúde.

Este tipo de intervenção leva a uma mudança de paradigma, tendo-se deslocado a atenção para as pessoas alvo de cuidados, responsabilizando-as.

O conceito de capacitação surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978), que pela primeira vez reconheceu a importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde, reconhecendo os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia.

Os idosos, dado a sua maior vulnerabilidade e o aumento do envelhecimento demográfico, tornam-se um alvo privilegiado no que respeita a intervenções na área da saúde que visem o aumento da sua qualidade de vida e autonomia. Assim, esta metodologia promove o desenvolvimento de pessoas idosas com capacidade de

reflexão, autónomas e socialmente solidárias permitindo ganhos mais efetivos e duradouros, uma vez que aborda o problema de um ponto de vista holístico.

Este projeto revela ainda uma maior aptidão por parte dos idosos para atividades que tenham uma grande componente participativa em detrimento das atividades com maior componente expositiva.

Assim, com projetos deste tipo, poderemos conseguir que as gerações futuras apresentem uma maior qualidade de vida.

## 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ALMEIDA, M. C. - *Promoção da Saúde depois dos 65 anos Elementos para uma política integrada de envelhecimento*, 2009. Tese submetida para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública Especialidade Promoção da Saúde.
- ✓ ALMEIDA, M.I., SILVA, M.J. e ARAÚJO, M.F.M., 1998. Grupo Vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. *Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí*, 1(2):155-162.
- ✓ ANDRADE, F.M.M. - *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*, 2009. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde.
- ✓ ASSIS, Mônica de; HARTZ, Zulmira M. A. and VALLA, Victor Vincent. *Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 557-581. ISSN 1413-8123.
- ✓ BERGER, L.; MAILLOUX – POIRIER, D.– *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata, 1995. ISBN 972-95399-8-7.
- ✓ BRICE, G.C., GOREY, K.M. e ANGELINO, R.M.H.S., 1996. The STAYWELL Program – maximizing elders' capacity for independent living through health promotion and disease prevention activities. A quasi-experimental evaluation of its efficacy. *Research on Aging*, 18(2):202-215.
- ✓ BRITO, Luísa – *A saúde dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto, 2002. ISBN 972-8717-19-9.
- ✓ CARVALHO, S. R. - *Os múltiplos sentidos da categoria “Empowerment” no projecto de promoção à Saúde*. In *Caderno Saúde Pública*, 20(4). 2004. p1088-1095.
- ✓ COSTA, Maria Arminda – *Cuidar idosos – formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra, Lisboa: Formasau, Educa. Junho 2002. ISBN 972-8485-24-7.
- ✓ CSDH - *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.

- ✓ DGS – *Programa nacional para a saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS, 2006. ISBN 972-675-155-1.
- ✓ FERNANDES, Ana Alexandre. *Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, set. 2001, no.36, p.39-52. ISSN 0873-6529.
- ✓ FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. *The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community*. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.
- ✓ FOX, P.J., BREUER, W. e WRIGHT, J.A., 1997. Effects of a health promotion program on sustaining health behavior in older adults. *Am J Prev Med*, 13(4):257-264.
- ✓ GOODSTADT, M.S, HYNDMAN, B., McQUEEN, D. et al., 2001. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In: ROOTMAN, I. et al. (editores) *Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives*. pp.517-533, Denmark, WHO Regional publications. European Series.
- ✓ HAGQUIST, C., & STARRING, B. - *Health education in schools – from information to empowerment models*. *Health Promotion International*, 12(3), 225-232. 1997.
- ✓ IMAGINÁRIO, Cristina Maria Inocência – *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: FORMASAU. 2004. ISBN 972-8485-38-7.
- ✓ KATZ, R. - *Empowerment and synergy: expanding the community's healing resources*. *Prevention in Human Services*. 1984.
- ✓ KOCKEN, P.L. e VOORHAM, A.J.J., 1998. Effects of a peer-led senior health education program. *Patient Education and Counseling*, 34:15-23.
- ✓ LOLLAR D.J. & CREWS J. E. 2003. Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. 24:195–208.
- ✓ MELO, Mônica Cristina de et al. *A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1579-1586. ISSN 1413-8123.
- ✓ NOVAES, Maria Helena et al. *A influência da representação social no atendimento psico-sócioeducativo do idoso*. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)* [online]. 1996, vol.1, n.1, pp. 25-29. ISSN 1413-8557.
- ✓ NUNES, M. P. – *Envelhecimento no feminino - um desafio para o novo milênio*.

Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, Presidência do Conselho de Ministros. ISBN 972-597-272-4. Coleção Informar as Mulheres, nº22.

✓ OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. 2003.

✓ OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Cadernos Temáticos: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Dezembro 2009.

✓ OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. 2008. ISBN 978-972-95065-32-1.

✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Proposta de Projecto de regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Julho 2010

✓ OE, ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Combater a desigualdade: Melhorar o acesso e a equidade*. Abril 2011. ISBN 978-989-8444-07-3.

✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados Primários*. 1978. In [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Declaração de Otawa sobre Promoção da Saúde*. 1986. In [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. - *Declaração de Sundsvall sobre Promoção de Saúde*. 1991. In <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>

✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. 1998.

✓ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Resolution of the 51st World Health Assembly on Health Promotion*, 16 May 1998. WHO, Geneva.

✓ PALMA, Emília Maria do Carmo – *A família com idosos dependentes: Que expectativas?*. In: *Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0871-0775. 2ª Série: 15 (Julho-Setembro de 1999). p. 27-40.

✓ PEREIRA, M. A. – *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*, 2010. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em

Intervenção em Enfermagem. <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>

- ✓ PEREIRA, João Raimundo Peixoto and OKUMA, Silene Sumire. *O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial*. *Rev. bras. educ. fís. esporte (Impr.)* [online]. 2009, vol.23, n.4, pp. 319-334. ISSN 1807-5509.
- ✓ PINTO, Luisa – *Envelhecimento Activo*. Trabalho apresentado no Congresso Nacional de Enfermagem de Reabilitação 2008.
- ✓ RAMOS L. R., 2002. *Epidemiologia do envelhecimento* in: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 – 78.
- ✓ RIBEIRO, O.; PAÚL, C - *Manual de Envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, 2011. ISBN: 978-972-757-739-2
- ✓ RODRIGUES, R.A.P., NETO, J. T., MOURA, M.L.V.L. et. al., 1999. Avaliação de aprendizagem de idosos: viver com saúde na velhice. *Gerontologia*, 7(1):17-22.
- ✓ RODRIGUES, M., PEREIRA, A., & BARROSO, T. - *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau. 2005.
- ✓ RODRIGUES, S. M. . *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros*, 2009. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Educação Área de Especialização em Educação para a Saúde.
- ✓ RUFFING-RAHAL, M.A., 1993. An ecological of group well-being: implications for health promotion with older women. *Health Care for Women International*, 14:447-456.
- ✓ SILVA, Luísa Ferreira – *Acção social na área da família*. Lisboa: Universidade Aberta. 2001.
- ✓ SILVESTRE, Jorge Alexandre and COSTA NETO, Milton Menezes da. *Abordagem do idoso em programas de saúde da família*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 839-847. ISSN 0102-311X.
- ✓ SOUSA, F. - *Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. 2009. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>
- ✓ TAVARES, A. - *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. 1990, Ministério da Saúde.

- ✓ TEIXEIRA, M.B., 2001 Empoderamento de idosos em grupo voltado à promoção da saúde. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz.
- ✓ TONES, K. - *Health promotion, health education and the public health*. In R. DETELS et al. - *Oxford textbook of public health: the methods of public health* (pp. 1-67), Oxford: Oxford University Press. 1999.
- ✓ TONES, K AND TILFORD, S. - *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. London: Nelson Thornes. 2001. ISBN 0-7487-4527-0
- ✓ UNICOVSKY, Margarita Ana Rubin. *A educação como meio para vencer desafios impostos aos idosos*. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.2, pp. 241-243. ISSN 0034-7167.
- ✓ WALLERSTEIN, N. - *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Europe, HEN report, 2006. Disponível em <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
- ✓ WATKINS, A. e KLIGMAN, E.W., 1993. Attendance patterns of older adults in a health promotion program. *Public Health Reports*, 108(1):86-90.
- ✓ WHO – *Active ageing: a policy framework*. WHO. 2005, 60p.
- ✓ [www.ine.pt](http://www.ine.pt)



ANEXOS

## ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA UTILIZADO NA PESQUISA DE CONSENSO

## Guião de Entrevista Semi-Estruturada

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

1 – No seu dia a dia, depara-se muitas vezes com o problema do isolamento dos idosos?

2 – Em que medida considera pertinente um projeto que facilite o apoio a estes idosos por parte dos serviços de saúde de Elvas?

3 – Que tipo de situações, decorrentes do isolamento, observa com mais frequência?

4 – Se lhe fosse pedido, seria capaz de identificar estes idosos?

5 – Se for do seu interesse, qual poderia ser o seu contributo como parceiro/alvo deste projeto?

6 – Anotações adicionais

**ANEXO 2 – ANALISE DE CONTEUDO DAS ENTREVISTAS EFETUADAS NA  
PESQUISA DE CONSENSO**

Para a pesquisa de consenso considereirei a utilização da **entrevista focalizada semi-estruturada** como o método mais pertinente e adequados para este estudo. Streubert e Carpenter (2002:18) defendem que “*O uso da entrevista não estruturada, da observação e de artefactos ligam o investigador à vida real quando estudam os participantes*”.

Foram efetuadas um total de 6 entrevistas: a duas enfermeiras da equipa da UCC, a um agente da PSP que operacionaliza o projeto Apoio65, a um presidente de uma das juntas de freguesia do concelho, e a dois idosos referenciados pelo projeto Apoio65.

Tendo em conta o método de recolha de dados considero que a **análise de conteúdo** é a forma de tratamento da informação que mais se adequa. Esta forma de tratamento dos dados recolhidos permite essencialmente duas coisas: a sua interpretação e estudo objetivo e sistemático e a obtenção uma visão mais abrangente, profunda e promotora da busca de conhecimento.

De seguida é apresentada a análise e as principais conclusões das entrevistas realizadas. Estão organizadas em forma de tabela e divididas em subcategorias de análise e significância.

No seu dia a dia, depara-se muitas vezes com o problema do isolamento dos idosos?		
Subcategoria	Indicadores	Referencia
Existência de vulnerabilidade por isolamento	<i>“Grande problema dos nossos idosos hoje em dia”</i>	1
	<i>“Necessitam de companhia e de algo que os tire de casa”</i>	1
	<i>“Sim, bastante”</i>	1
	<i>“Um pouco, pois há um aumento de idosos, cada vez mais parados em casa”</i>	1
	<i>“Os jovens saem das casas e ficam os idosos cada vez mais sós”</i>	1
	<i>“o isolamento é uma realidade atual”</i>	1
	<i>"as pessoas evitam de sair de junto das suas casas, só mesmo em caso de muita necessidade"</i>	1
	<b>Total</b>	<b>6</b>

Verifica-se que existe a consciência de que existem muitos idosos ao nível do concelho que vivem em situação de vulnerabilidade por isolamento. Esse isolamento pode ser devido à distância geográfica em relação aos recursos da comunidade, escassez de meios de transporte acessíveis autoisolamento em relação aos outros.

Em que medida considera pertinente um projeto que facilite o apoio a estes idosos por parte dos serviços de saúde de Elvas?		
Subcategoria	Indicadores	Referencia
Pertinência de um projeto de apoio aos idosos	<i>“Bastante importante”</i>	1
	<i>“ir ao médico já não dá saúde”</i>	1
	<i>“de louvar e continuar”</i>	1
	<i>“bastante pertinente, pois há cada vez mais idosos isolados”</i>	1
	<i>“Importante haver uma articulação entre as diferentes instituições de apoio”</i>	1
	<i>“qualquer coisa que nos tire para fora de casa é sempre bom”</i>	1
	<i>“vai ao encontro de uma realidade social”</i>	1
	<b>Total</b>	<b>6</b>
	<i>“Ginástica”</i>	2
Atividades sugeridas	<i>“Consultas de apoio”</i>	1
	<i>“Incentivar estilos de vida saudáveis”</i>	2
	<i>“alimentação equilibrada”</i>	3
	<i>“atividade física”</i>	3
	<i>“frequentar centros de convívio”</i>	1
	<b>Total</b>	<b>12</b>

Quando questionados em relação à pertinência de um projeto de apoio à população idosa, praticamente todos os entrevistados se mostraram recetivos. A escassez de atividades junto dos idosos e o facto de ser complicado o acesso aos cuidados de saúde disponíveis, quer por desconhecimento, poucos recursos, distância dos serviços de

saúde, falta de transporte (mobilidade), etc., fazem com que haja uma recetividade e uma maior aceitação da necessidade da sua existência e da necessidade de articulação entre serviços e estruturas de apoio social.

Embora não constasse no enunciado do guião, a maioria dos entrevistados sugeriram temas a ser abordados nas ações, que consideram pertinentes e entendem como necessidades específicas da população. Foram alvo de destaque as intervenções relacionadas com a atividade física, alimentação, promoção de estilos de vida saudáveis e estimulação cognitiva (lazer).

Que tipo de situações, decorrentes do isolamento, observa com mais frequência?		
Subcategoria	Indicadores	Referencia
Consequências do isolamento	<i>“senhoras saem cada vez menos de casa com o avançar da idade”</i>	1
	<i>“dificuldades de acesso dos mesmos aos serviços de saúde”</i>	1
	<i>“solidão”</i>	1
	<i>“depressão/suicídio”</i>	1
	<i>“situações patológicas avançadas”</i>	1
	<i>“ausência nas consultas do médico de família”</i>	1
	<b>Total</b>	<b>6</b>

O facto de existir este tipo de vulnerabilidade, característico desta população, e de não haver meios de suporte e apoio a estas pessoas leva a que as consequências sejam visíveis, principalmente a nível do estado de saúde dessa mesma população, conduzindo por vezes a situações graves e "invisíveis" aos olhos dos serviços de saúde. Este tipo de situações, quando despistadas e encaminhadas precocemente podem ser facilmente evitadas ou resolvidas, daí a importância de ir ao encontro da população e de efetuar atividades junto destes, junto das suas casa e dos seus locais habituais.

Se lhe fosse pedido, seria capaz de identificar estes idosos?		
Subcategoria	Indicadores	Referencia
Identificação de casos	<i>“Sim, alguns casos.”</i>	3
	<i>“alguns”</i>	2
	<i>“tenho muitos vizinhos assim”</i>	1
	<b>Total</b>	<b>6</b>

Praticamente todos os entrevistados referiram conhecer alguém que vive em situação de isolamento, o que revela uma necessidade de atenção nesta área, pois não existem meios de suporte que garantam que estas pessoas possam ser ajudadas a ter uma qualidade de vida superior.

Se for do seu interesse, qual poderia ser o seu contributo como parceiro/alvo deste projeto?		
Subcategoria	Indicadores	Referencia
Contributo de parceiros	<i>“Apoiar na identificação”</i>	3
	<i>“Disponibilização do espaço”</i>	1
	<i>“Educação para a saúde”</i>	2
	<i>“Programar consultas”</i>	1
	<i>“Melhoria da qualidade de vida do idoso”</i>	1
	<b>Total</b>	<b>8</b>
Adesão da população	<i>"gostaria muito de assistir"</i>	2
	<i>"eles gostam de se juntar"</i>	1
	<i>"aderem facilmente a estas sessões"</i>	2
	<i>"levo as minhas amigas comigo"</i>	1
	<b>Total</b>	<b>3</b>

Existe uma grande abertura, tanto da parte de possíveis parceiros como da parte da população em relação a intervenções na comunidade idosa. Isto é bastante importante pois só em conjunto podemos desenvolver projetos eficazes e que vão ao encontro das necessidades reais, atuando de forma integrada.

E uma população motivada para a participação é de extrema importância para a aceitação e para o processo de capacitação destes.



## ANEXO III – PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

**PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES – FREGUESIA DE S. VICENTE E  
VENTOSA**

## **PLANEAMENTO DA ATIVIDADE DE DEBATE E AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOB O TEMA “ATIVIDADE FÍSICA NO IDOSO”**

**Local:** Salão da Junta de Freguesia de S. Vicente e Ventosa

**Data:** 11/10/2011

**Destinatários:** Comunidade idosa da freguesia de S. Vicente e Ventosa.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Sensibilizar para a importância da atividade física no idoso;
- ✓ Exemplificar alguns exercícios adequados aos idosos;
- ✓ Sensibilizar para a importância das caminhadas
- ✓ Debater a temática da atividade física.
- ✓ Divulgar o trabalho e os recursos da UCC.

### **Conteúdos abordados:**

- ✓ Definição de Atividade Física;
- ✓ Consequências da inatividade;
- ✓ Benefícios da Atividade Física;
- ✓ Exemplos de atividades benéficas para os idosos;
- ✓ A importância de caminhar;
- ✓ Exercícios ligeiros recomendados a idosos.

### **Metodologia:**

A metodologia utilizada será do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.

Será apresentado o suporte em \*.ppt (visual) ao mesmo tempo que se incentiva a partilha de informações e de ideias em relação à atividade física no idoso (brainstorming de conceções). No decorrer da apresentação expõe-se o tema e esclarecem-se dúvidas.

Será distribuído um folheto com alguns dos exercícios exemplificados na ação.

No final, será efetuada a avaliação da ação, através do preenchimento da folha de avaliação.

**Recursos:**

- ✓ Mestranda
- ✓ 1 Enfermeiro;
- ✓ Expositor multimédia;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Salão da junta de freguesia;
- ✓ Papel
- ✓ Tinta de impressão
- ✓ Caneta.

**Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Análise de respostas ao questionário de avaliação
- ✓ Número de pessoas que assistiram à ação
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante

## **PLANEAMENTO DA ATIVIDADE DE DEBATE E AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOB O TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”**

**Local:** Sala de espera da Junta de Freguesia de S. Vicente e Ventosa

**Data:** 8/11/2011

**Destinatários:** Comunidade idosa da freguesia de S. Vicente e Ventosa.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Promover uma alimentação saudável;
- ✓ Analisar comportamentos em relação à alimentação;
- ✓ Sensibilizar para a importância de uma alimentação equilibrada e variada
- ✓ Debater a temática da alimentação.

### **Conteúdos abordados:**

- ✓ Definição de dieta saudável;
- ✓ Benefícios de uma alimentação saudável;
- ✓ Exemplos de alimentos e conjugações de alimentos benéficos para os idosos;
- ✓ A importância da hidratação.

### **Metodologia:**

A metodologia utilizada será do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.

Será apresentado o suporte em \*.ppt (visual) ao mesmo tempo que se incentiva a partilha de informações e de ideias em relação à alimentação saudável (brainstorming de conceções). No decorrer da apresentação expõe-se o tema e esclarecem-se dúvidas.

No final, será efetuada a avaliação da ação, através do preenchimento da folha de avaliação.

**Recursos:**

- ✓ Mestranda
- ✓ 1 Enfermeiro;
- ✓ 1 Dietista
- ✓ Expositor multimédia;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Sala de espera da junta de freguesia;
- ✓ Papel
- ✓ Tinta de impressão
- ✓ Caneta.

**Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Análise de respostas ao questionário de avaliação
- ✓ Numero de pessoas que assistiram à ação
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante

## **PLANEAMENTO DA ATIVIDADE DE DEBATE E AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOB O TEMA “ONDA DE FRIO”**

**Local:** Sala de espera da Junta de Freguesia de S. Vicente e Ventosa

**Data:** 13/12/2011

**Destinatários:** Comunidade idosa da freguesia de S. Vicente e Ventosa.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Analisar comportamentos no combate ao frio;
- ✓ Sensibilizar para as consequências do frio intenso.
- ✓ Debater a problemática do frio.

### **Conteúdos abordados:**

- ✓ O frio e o corpo humano;
- ✓ Definição de Onda de Frio;
- ✓ Cuidados a ter nos períodos de Onda de Frio;

### **Metodologia:**

A metodologia utilizada será do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.

Será apresentado o suporte em \*.ppt (visual) ao mesmo tempo que se incentiva a partilha de informações e de ideias em relação à onda de frio (brainstorming de conceções). No decorrer da apresentação expõe-se o tema e esclarecem-se dúvidas.

Serão efetuadas avaliações de tensão arterial, frequência cardíaca e glicemia capilar como estratégia de recrutamento da população. Situações problemáticas detetadas serão devidamente encaminhadas ou referenciadas.

**Recursos:**

- ✓ 2 Enfermeiros;
- ✓ Expositor multimédia;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Sala de espera da junta de freguesia;
- ✓ Papel
- ✓ Tinta de impressão
- ✓ Caneta
- ✓ Esfigmomanómetro;
- ✓ Glucómetro
- ✓ Fitas reagentes de glicemia
- ✓ Lancetas de punção capilar.

**Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Número de pessoas que assistiram à ação
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante



## **PLANEAMENTO DA ATIVIDADE DE DEBATE E ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOB O TEMA “ADESÃO TERAPEUTICA”**

**Local:** Sala de espera da Junta de Freguesia de S. Vicente e Ventosa

**Data:** 24/01/2012

**Destinatários:** Comunidade idosa da freguesia de S. Vicente e Ventosa.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Analisar comportamentos na gestão do regime terapêutico;
- ✓ Sensibilizar para as consequências do não cumprimento do regime terapêutico.
- ✓ Debater a problemática da adesão terapêutica.

### **Conteúdos a abordar:**

- ✓ Definição de adesão terapêutica e de regime terapêutico;
- ✓ Consequências de má adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Estratégias facilitadoras para o processo de adesão ao regime terapêutico;

### **Metodologia:**

A metodologia utilizada será do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.

Será apresentado o suporte em \*.ppt (visual) ao mesmo tempo que se incentiva a partilha de informações e de ideias em relação à gestão do regime terapêutico (brainstorming de concepções). No decorrer da apresentação expõe-se o tema e esclarecem-se dúvidas.

**Recursos:**

- ✓ Mestranda;
- ✓ 1 Enfermeiro;
- ✓ Expositor multimédia;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Sala de espera da junta de freguesia;
- ✓ Papel
- ✓ Tinta de impressão.

**Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Número de pessoas que assistiram à ação
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante

## **PLANEAMENTO DA ATIVIDADE “CAMINHADA”**

**Local de encontro:** junto às Instalações da Junta de Freguesia de S. Vicente e Ventosa

**Data:** 28/1/2012

**Destinatários:** Comunidade da freguesia de S. Vicente e Ventosa.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Incentivar a prática da caminhada;
- ✓ Promover o contacto social.

### **Percurso:**

A caminhada terá início junto às instalações da Junta de freguesia de S. Vicente e Ventosa, será feita uma paragem na Associação de Caçadores da Freguesia de São Vicente e Ventosa onde se fará um lanche. Posteriormente será feito o caminho de volta para a Junta. No total, serão efetuados cerca de 7km de caminhada.

### **Metodologia:**

A caminhada será feita de acordo com as capacidades dos participantes, prevendo-se uma caminhada lenta. O grupo será acompanhado por um carro de apoio.

### **Recursos:**

- ✓ Mestranda;

- ✓ 2 Enfermeiros;
- ✓ Presidente da Junta de Freguesia;
- ✓ Géneros alimentares para o lanche;
- ✓ T-shirts para os participantes;
- ✓ Instalações da ACFSVV;
- ✓ Kit de primeiros socorros.

**Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Número de participantes
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante

## **PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES – FREGUESIA DE SANTA EULALIA**

## **PLANEAMENTO DA ATIVIDADE DE DEBATE E AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOB O TEMA “ATIVIDADE FÍSICA NO IDOSO”**

**Local:** Salão da Junta de Freguesia de Sta. Eulália

**Data:** 3/11/2011

ALTERADA para 4/11 por falha na divulgação.

**Destinatários:** Comunidade idosa da freguesia de Sta. Eulália.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Sensibilizar para a importância da atividade física no idoso;
- ✓ Exemplificar alguns exercícios adequados aos idosos;
- ✓ Sensibilizar para a importância das caminhadas
- ✓ Debater a temática da atividade física
- ✓ Divulgar o trabalho e os recursos da UCC.

### **Conteúdos abordados:**

- ✓ Definição de Atividade Física;
- ✓ Consequências da inatividade;
- ✓ Benefícios da Atividade Física;
- ✓ Exemplos de atividades benéficas para os idosos;
- ✓ A importância de caminhar;
- ✓ Exercícios ligeiros recomendados a idosos.

**Metodologia:**

A metodologia utilizada será do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.

Será apresentado o suporte em \*.ppt (visual) ao mesmo tempo que se incentiva a partilha de informações e de ideias em relação à atividade física no idoso (brainstorming de conceções). No decorrer da apresentação expõe-se o tema e esclarecem-se dúvidas.

Será distribuído um folheto com alguns dos exercícios exemplificados na ação.

No final, será efetuada a avaliação da ação, através do preenchimento da folha de avaliação.

**Recursos:**

- ✓ Mestranda
- ✓ 1 Enfermeiro;
- ✓ Expositor multimédia;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Salão da junta de freguesia;
- ✓ Papel
- ✓ Tinta de impressão
- ✓ Caneta.

**Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Análise de respostas ao questionário de avaliação
- ✓ Número de pessoas que assistiram à ação
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante

## **PLANEAMENTO DA ACTIVIDADE DE DEBATE E ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOB O TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”**

**Local:** Salão da Junta de Freguesia de Sta. Eulália

**Data:** 28/11/2011

**Destinatários:** Comunidade idosa da Freguesia de Sta. Eulália.

### **Objetivos Específicos da Ação:**

- ✓ Promover uma alimentação saudável;
- ✓ Analisar comportamentos em relação à alimentação;
- ✓ Sensibilizar para a importância de uma alimentação equilibrada e variada
- ✓ Debater a temática da alimentação
- ✓ Divulgar o trabalho e os recursos da UCC.

### **Conteúdos abordados:**

- ✓ Definição de dieta saudável;
- ✓ Benefícios de uma alimentação saudável;
- ✓ Exemplos de alimentos e conjugações de alimentos benéficos para os idosos;
- ✓ A importância da hidratação.

### **Metodologia:**

A metodologia utilizada será do tipo expositivo, com exposição de conteúdos visuais e exposição oral, debate e brainstorming.



Será apresentado o suporte em \*.ppt (visual) ao mesmo tempo que se incentiva a partilha de informações e de ideias em relação à alimentação saudável (brainstorming de conceções). No decorrer da apresentação expõe-se o tema e esclarecem-se dúvidas.

Será distribuído pão S. Diabético como forma de recrutamento da população.

No final, será efetuada a avaliação da ação, através do preenchimento da folha de avaliação.

### **Recursos:**

- ✓ Mestranda
- ✓ 1 Enfermeiro;
- ✓ 1 Dietista
- ✓ Expositor multimédia;
- ✓ Computador portátil;
- ✓ Sala de espera da junta de freguesia;
- ✓ Papel
- ✓ Tinta de impressão
- ✓ Caneta.

### **Indicadores de Avaliação:**

- ✓ Análise de respostas ao questionário de avaliação
- ✓ Número de pessoas que assistiram à ação
- ✓ Caracterização dos participantes
- ✓ Observação participante

## ANEXO IV – CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES

Cronograma de previsão de atividades:

Semana	10/10 – 16/10	17/10 – 23/10	24/10 – 30/10	31/10 – 6/11	7/11 – 13/11	14/11 – 20/11	21/11 – 27/11	28/11 – 4/12
Atividade/ Freguesia	Encontro em S. Vicente	Encontro em Sta. Eulália	Encontro em S. Vicente	Encontro em Sta. Eulália	Encontro em S. Vicente	Encontro em Sta. Eulália	Encontro em S. Vicente	Encontro em Sta. Eulália

Semana	5/12 – 11/12	12/12 – 18/12	19/12 – 25/12	26/12 – 1/01	2/01 – 8/01	9/01 – 15/01	16/01 – 22/01	23/01 – 29/01
Atividade/ Freguesia	Encontro em S. Vicente	Encontro em Sta. Eulália	Pausa de Natal	Pausa de Natal	Ação Adesão terapêutica em S. Vicente	Ação Adesão terapêutica em Sta. Eulália	Caminhada em S. Vicente	Caminhada em Sta. Eulália

Cronograma de atividades realizadas:

Semana	10/10 – 16/10	17/10 – 23/10	24/10 – 30/10	31/10 – 6/11	7/11 – 13/11	14/11 – 20/11	21/11 – 27/11	28/11 – 4/12
Atividade/ Freguesia	Encontro em S. Vicente 11/10				Encontro em S. Vicente 8/11			

Semana	5/12 – 11/12	12/12 – 18/12	19/12 – 25/12	26/12 – 1/01	2/01 – 8/01	9/01 – 15/01	16/01 – 22/01	23/01 – 29/01
Atividade/ Freguesia		Encontro em S. Vicente 13/12	Pausa de Natal	Pausa de Natal				Ação Adesão terapêutica em S. Vicente 24/1 Caminhada em S. Vicente 28/1

## ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE

Data:

Tema da atividade: \_\_\_\_\_

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Esta ação de educação para a saúde foi do seu interesse?					
Esta ação de educação para a saúde correspondeu às suas expectativas?					
Esta ação de educação para a saúde foi importante para si?					
A exposição dos conteúdos foi clara?					
Pensa em adotar as recomendações desta ação de educação para a saúde?					
Gostaria de voltar para outras ações de educação para a saúde?					

Que assuntos gostaria que fossem abordados numa próxima atividade?

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração